

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta tělesné výchovy a sportu



**Poruchy příjmu potravy a riziko vzniku u osob se zrakovým  
postižením**

*DIPLOMOVÁ PRÁCE*

Duben 2007

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.

Zpracovala:

Daniela Křížeková

## **ABSTRAKT:**

**Název :** Poruchy příjmu potravy a riziko vzniku u osob se zrakovým postižením

Eating disorders and the potential risk to visually handicapped people

### **Cíle práce:**

Cílem diplomové práce je zaměření pozornosti na problematiku poruch příjmu potravy u české populace, přesněji adolescentní mládeže, a následného zmapování jejího možného rizika vzniku jedním z typů tohoto onemocnění u minoritní skupiny středoškolské mládeže se zrakovým postižením.

### **Metoda:**

Průzkum byl veden na vybraných pražských středních školách pro žáky se zrakovými vadami.

Metoda průzkumného šetření byla provedena formou standardizovaného dotazníku, pomocí standardních škál (psychometrických testů).

V první části šetření byl použit standardizovaný dotazník, ve kterém respondenti odpovídali na deset škálovacích otázek

Ve druhé části šetření byl opět použit standardizovaný dotazník, který se sestával z dvaceti šesti škálovacích otázek.

Součástí obou standardizovaných dotazníků byly přesné instrukce k vyplnění.

### **Výsledky:**

Z první části průzkumného šetření vyplynulo, že 5,8 % žen se zrakovým postižením na středních školách spadá do kategorie silného rizika vzniku poruch příjmu potravy a u mužů se nenachází jediný dotázaný respondent.

Z druhé části šetření bylo zjištěno, že s převyšujícím kritickým skórem 20 a signifikací zvýšeného rizika vzniku poruch příjmu potravy, se po zodpovězení otázek dostalo 11,6 % žen a 1,8 % mužů.

### **Klíčová slova:**

Poruchy příjmu potravy, anorexia nervosa, bulimia nervosa, zrakově postižení, nevidomí.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Při zpracování daného tématu jsem vycházela z uvedené literatury a též z poznatků vlastní praxe.

V Praze dne: 10. dubna 2007

Daniela Křížeková  
*Daniela Křížeková*

Děkuji Doc. PhDr. Běle Hátlové, PhD. za cenné poznatky, náměty a trpělivost při odborném vedení diplomové práce, dále pracovníkům z občanského sdružení Anabell a jejich svépomocné skupině v Praze za poskytnutí cenných materiálů a mnoha dalším lidem za podnětné konzultace a připomínky.



**Motto:**

*„Zdrženlivost v jídle je buď láska k vlastnímu zdraví, nebo neschopnost pořádně se najíst.“*

Francois de la Rochefoucauld

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům. Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatелů, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat.

[illegible]

## **OBSAH:**

<b>Úvod</b> .....	9
<b>1 Přehled literatury</b> .....	11
<b>2 Cíle a úkoly práce</b> .....	12
2.1 Cíle práce .....	12
2.2 Úkoly teoretické části .....	12
2.3 Úkoly praktické části .....	12
2.4 Základní otázky studie .....	13
<b>3 Hypotézy</b> .....	14
<b>4 Teoretická část</b> .....	15
4.1 Historický pohled na poruchy příjmu potravy .....	15
4.1.1 <i>Dějiny mentální anorexie</i> .....	15
4.1.2 <i>Dějiny mentální bulimie a dějiny přejídání</i> .....	16
4.2 Poruchy příjmu potravy – jejich vymezení a diagnostické kategorie .....	17
4.2.1 <i>Diagnostický systém MKN-10</i> .....	17
4.3 Mentální anorexie – (F50.0) .....	18
4.3.1 <i>Epidemiologie mentální anorexie</i> .....	20
4.3.2 <i>Průběh a prognóza mentální anorexie</i> .....	20
4.3.3 <i>Zdravotní komplikace mentální anorexie</i> .....	21
4.4 Mentální bulimie – (F50.2) .....	22
4.4.1 <i>Epidemiologie mentální bulimie</i> .....	24
4.4.2 <i>Průběh a prognóza mentální bulimie</i> .....	25
4.4.3 <i>Zdravotní komplikace mentální bulimie</i> .....	25
4.5 Osobnost pacienta s mentální anorexií a mentální bulimií .....	26
4.6 Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy .....	31
4.6.1 <i>„Culture bound syndrom“</i> .....	31
4.6.2 <i>Faktory biologické</i> .....	33
4.6.3 <i>Životní události</i> .....	35
4.6.4 <i>Rodinné a genetické faktory</i> .....	35
4.6.5 <i>Emocionální faktory</i> .....	36
4.7 Přehled hlavních psychoterapeutických přístupů a možností léčby PPP ....	36

4.7.1	<i>Teorie sociální dělohy</i> .....	37
4.7.2	<i>Přístup M. Selvini-Palazzoliové</i> .....	39
4.7.3	<i>Psychoanalytický přístup</i> .....	41
4.7.4	<i>Ambulantní lékařská péče</i> .....	42
4.7.5	<i>Hospitalizace úplná nebo částečná</i> .....	43
4.7.6	<i>Rodinná terapie</i> .....	43
4.7.7	<i>Kognitivně-behaviorální terapie</i> .....	44
4.7.8	<i>Jiné přístupy k léčbě poruch příjmu potravy</i> .....	45
4.8	Statistické údaje prevalence poruch příjmu potravy a narušených jídelních postojů .....	46
<b>5</b>	<b>Zrakové postižení</b> .....	47
5.1	Vymezení základní terminologie zrakového postižení.....	47
5.2	Klasifikace zrakového postižení .....	48
5.3	Statistické údaje o zrakově postižených .....	49
<b>6</b>	<b>Praktická část</b> .....	51
6.1	Úvod do průzkumu .....	51
6.2	Cíle průzkumu .....	51
6.3	Popis vzorku dotazovaných zrakově postižených osob.....	51
6.4	Popis průzkumné metody a zdůvodnění jejího výběru.....	52
<b>7</b>	<b>Vyhodnocování dat a interpretace jednotlivých šetření</b> .....	52
7.1	První část průzkumného šetření.....	52
7.1.1	<i>Kvantitativní vyhodnocení dat první části šetření</i> .....	53
7.1.2	<i>Celkové vyhodnocení první části šetření</i> .....	56
7.2	Druhá část průzkumného šetření .....	57
7.2.1	<i>Kvantitativní vyhodnocení dat druhé části šetření</i> .....	58
<b>8</b>	<b>Diskuse</b> .....	59
8.1	Ověření hypotéz.....	60
<b>Závěr</b>	.....	64
<b>Seznam použité literatury</b>	.....	66
<b>Seznam použitých elektronických zdrojů informací</b>	.....	68
<b>Seznam příloh</b>	.....	69
<b>Přílohy</b>	.....	70

## Úvod

„Když před více jak šedesáti lety vévodkyně z Windsoru prohlásila: „Žena nemůže být nikdy příliš bohatá ani příliš štíhlá!“, určitě netušila, jak brzy její slova zlidoví a stanou se noční můrou pro statisíce mladých žen na celém světě“. (Krch, Richterová, 1998).

Poruchy příjmu potravy se v současné době počítají mezi nejzávažnější onemocnění mladých dívek a žen žijících v Euro-americké kultuře a za velmi rizikové onemocnění, které se rychle šíří i mimo tyto kontinenty do Asie a to především do zemí nejvíce ovlivněných Euro-americkou kulturou jako je Japonsko a Indie, či se pozvolna dostává i na kontinent Afriky, kde byl snad ještě donedávna vyznáván kult ženské krásy zcela opačný.

Existuje obecně rozšířená teorie, která vysvětluje poruchy příjmu potravy jako poruchy způsobené tím, že současná společnost oceňuje spíše vnější vzhled člověka než jeho vnitřní kvality a je schopna ohodnotit ho pouze tehdy, je-li štíhlý. Napsáno bylo již mnoho knih o kultu štíhlosti i o tom, že touha dosáhnout za každou cenu ideálu krásy se může neblaze podepsat na duševním, ale bohužel i tělesném zdraví mladých žen a mužů, kteří jsou těmito poruchami ohroženi nejvíce.

Kult štíhlosti je dle většiny autorů velice nebezpečný, není ale možné považovat ho samotný za příčinu rozvoje mentální anorexie či dalších podobných onemocnění. Faktem je i to, že média a celý reklamní průmysl oslavující dokonalou fyzickou krásu mohou za to, jak mnoho žen cítí averzi ke svému zevnějšku, i to, že napomáhají ke spuštění vzniku poruch příjmu potravy. Samy o sobě však nedokáží mediální faktory tyto poruchy způsobit či vyvolat. K tomu je nutné komplexnější narušení pacientovy osobnosti. Ve skutečnosti je nutné zabývat se i jinými neméně důležitými jevy, jako jsou dědičné faktory, rodinné prostředí, různé životní události vyvolávající zvýšený stres či faktory biologické, které se v různých kombinacích mohou podílet na vzniku poruch příjmu potravy.

Cílem práce bylo zjistit, zda se vyskytují poruchy příjmu potravy u zrakově postižených osob na středních školách, a také najít odpověď na otázky, zda vinu na jídelních poruchách má přístup společnosti, nebo výchova, nebo osobnost člověka.

K dosažení těchto cílů bylo zapotřebí provést dotazníkové šetření u zrakově postižených respondentů ze středních škol, a také spolupracovat s pracovníky občanského sdružení

Anabell a se Zdravotním ústavem v Brně, se zástupkyní oddělení podpory zdraví MUDr. Bártlovou.

V úvodu své práce charakterizuji jídelní poruchy jako takové. Zmiňuji se o jejich historii a o tom, jak jsou diagnostikovány systémem MKN-10 a DSM-IV. Dále se věnuji osobnosti anorektického a bulimického pacienta, jeho hlavními rysy a postoji.

V jedné z kapitol se zaměřuji na faktory, které mohou vznik poruch příjmu potravy ovlivnit či vyvolat, a uvádím přehled psychoterapeutických přístupů a možnosti léčby.

V závěru teoretické části práce se zabývám problematikou a odbornou terminologií zrakového postižení.

## 1 Přehled literatury

O problematice poruch příjmu potravy lze najít v zahraniční literatuře množství titulů a článků, ovšem většina z nich se týká pouze problematiky na úrovni dané země.

Poruchy příjmu potravy jsou dnes i u nás velmi diskutovaným tématem, nutno ale zdůraznit, že mnoho domácích titulů a především internetové zdroje přebírají informace a jistě zajímavé zahraniční koncepce právě z cizojazyčné literatury, což s ohledem k rozdílným sociálně-kulturním podmínkám, nepovažuji za příliš šťastný výběr.

Proto jsem se při volbě literatury ve většině případů soustředila na odkazy známých českých odborníků v oblasti problematiky poruch příjmu potravy a stejně tak to bylo i s výběrem titulů o problematice zrakového postižení.

Většina literatury, kterou jsem měla k dispozici a ze které jsem čerpala potřebné údaje, byly opatřeny v Národní knihovně ČR a v Městské knihovně v Praze.

## **2 Cíle a úkoly práce**

### **2.1 Cíle práce**

Cílem závěrečné diplomové práce bylo zjistit, v jaké výši se vyskytuje riziko vzniku poruch příjmu potravy u zrakově postižených osob na středních školách a také najít odpovědi na otázky, jakou měrou se na jídelních poruchách podepisuje přístup a vliv společnosti, výchovy, nebo jaký má vliv na rozvoj poruchy osobnost člověka samotná.

Teoretická část by měla být souhrnem informací sloužících ke zlepšení a doplnění vědomostí např. pro pedagogické pracovníky ve školství, nebo pro sociální pracovníky speciálních poraden a center pro zrakově postižené občany.

Praktická část by měla sloužit k pochopení specifik poruch příjmu potravy a nalezení možných východisek k řešení tohoto závažného soudobého problému společnosti.

### **2.2 Úkoly teoretické části**

- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu z oblasti problematiky poruch příjmu potravy a literaturu týkající se osob se zrakovým postižením.
- Podat ucelený přehled dané problematiky.

### **2.3 Úkoly praktické části**

- Na základě studia doporučené literatury a dalších odborných pramenů vytvořit metodický postup průzkumného šetření.
- Vybrat vhodné dotazníky v závislosti na předmětu a cíli šetření.
- Uskutečnit vlastní průzkum na středních školách pro zrakově postiženou mládež.
- Statisticky zpracovat a seřadit sebraná data.
- Zhodnotit výsledky dotazníků.



## **2.4 Základní otázky studie**

1. Jak vysoké je % rizika vzniku poruch příjmu potravy u populace zrakově postižených osob ve srovnání s procentem intaktních (zdravých) lidí ze srovnatelné populace?
2. Jsou ženy se zrakovým postižením méně rizikovou skupinou pro vznik poruch příjmu potravy než intaktní ženy stejné věkové skupiny?
3. Má populace zrakově postižených mužů podobné stravovací návyky a vykazuje i podobné procentuelní hodnoty rizikových symptomů vedoucích ke vzniku poruch příjmu potravy jako populace mužů intaktních?
4. Zabývá se populace zrakově postižených žen více svým vzhledem a tělesnou váhu než zrakově postižení muži?

### 3 Hypotézy

H 1: Předpokládáme, že riziko vzniku poruch příjmu potravy je procentuelně nižší u zrakově postižených osob než u intaktních (zdravých) lidí ze srovnatelné populace.

H 2: Předpokládáme, že ženy se zrakovým postižením jsou méně rizikovou skupinou pro vznik poruch příjmu potravy než intaktní ženy stejné věkové skupiny.

H 3: Předpokládáme, že populace zrakově postižených mužů má podobné stravovací návyky a vykazuje i podobné procentuelní hodnoty rizikových symptomů vedoucích ke vzniku poruch příjmu potravy jako populace mužů intaktních.

H 4: Předpokládáme, že populace zrakově postižených žen se více zabývá svým vzhledem a tělesnou hmotností než zrakově postižení muži.

## 4 Teoretická část

### 4.1 Historický pohled na poruchy příjmu potravy

„Nejrůznější formy narušeného příjmu potravy jsou známy již po staletí. Například je známa pica z období starověku. Jde o touhu po bizarních jídlech nebo látkách, které nejsou vhodné ke konzumaci. Nebo nadvýživa z období doby kamenné. Modelů narušeného příjmu potravy je více“. (Krch, 1999).

#### 4.1.1 Dějiny mentální anorexie

Odkazy na termín „anorexia nervosa“ lze najít již ve starověkých lékařských pramenech. V antických dobách termín anorexie označoval stav nedostatečné „orexis“, což znamená, že člověk byl unaven a apatický. Galénos, významný řecký lékař a logik, používal pojem „asitia“ a popisoval ho jako absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu. Hippokrates užíval též pojmu „asitia“ nebo „enedia“ a tento tělesný stav připisoval především špatným tělesným tekutinám.

Z období pozdního středověku pocházejí popisy, které připomínají mentální anorexii. V této době se objevují na scéně „zázračné panny“ - postící se mladé dívky. Odmítání potravy bylo považováno za zázrak nebo za boží přičinění, proto se používal termín „inedia prodigiosa“ nebo „anorexia mirabilis“. V průběhu devatenáctého století se však začalo nahlížet na tento problém spíše jako na patologický charakter odmítání jídla.

Roku 1840 napsal francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert pojednání o ženských chorobách. Popsal jednak již zmíněnou picu (touha po nevšedních jídlech a látkách), bulimii a dva druhy anorexie. Prvním typem byla anorexie gastrická, která se vyznačovala poruchami zažívání. A druhým typem anorexie nervová, kdy pacienti odmítali jíst, protože mozek nevysílal signály chuti k jídlu.

V roce 1874 britský lékař William Gull úspěšně zavedl termín „anorexia nervosa“.

Důležitým bodem v chápání mentální anorexie byla publikace práce H. Bruchové z roku 1973. Autorka se zabývala jednak obezitou ale také mentální anorexií. Tvrdila, že obě onemocnění souvisí s určitými charakteristickými problémy v psychologickém vývoji.

Moderní historie tohoto pojmu se datuje sice do devatenáctého století, ale nelze vyloučit, že porucha existovala již mnohem dříve pod jinými jmény. Například roku 1689 popsal v této souvislosti Richard Morton jev nervového opotřebení, způsobeného

jednak fyzickými příčinami ale také emocionálním rozrušením. Morton je znám jako první portrétista anorexie nervosy.

Anorexia nervosa byla již sice popsána mnoha lékaři, ale nadále se jí nevěnovala velká pozornost. V několika zemích dokonce zůstala tato porucha okrajovým jevem až do dvacátého století (USA, Německo, Itálie ...). Ve čtyřicátých letech byla mentální anorexie znovuobjevena jako duševní porucha a přesunula se z oboru medicíny spíše do psychiatrie. V šedesátých letech získala mentální anorexie pověst moderní a záhadné choroby. V posledních desetiletích se považuje za módní poruchu a odborníci i veřejnost o ni jeví velký zájem.

#### *4.1.2 Dějiny mentální bulimie a dějiny přejídání*

I bulimie má rozsáhlou historii, i když je považována za výrazně mladší než anorexie. Výraz pochází z řeckých slov bous – vůl a limos – hlad. Od starověku až do devatenáctého století byla bulimie označována jako „fames canina“ neboli psí hlad. Šlo o nenasytnou žravost podobnou chování psa, následovanou spontánním zvracením. Za příčinu se považovaly problémy s žaludkem a trávením. Přejídání a zvracení bylo také často spojováno s nejrůznějšími chorobami jako jsou například hysterie, hypochondrie, mánie a jiné.

Přejídání bylo v minulosti často spojováno s mentální anorexií. Například William Gull v roce 1874 popsal v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky a na přelomu devatenáctého století bylo zaznamenáno několik případů nutkavého přejídání, po kterém následovalo vyvolané zvracení. Tyto příznaky byly považovány za variantu anorektického chování.

Velmi dobře popsanou kazuistiku Ellen Westové publikoval v roce 1944 švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger. Jde o působivý příběh Ellen, která bojuje s bulimií a se štíhlostí.

Na počátku sedmdesátých let byla popsána řada symptomů, které se odlišovaly od symptomů mentální anorexie. Začalo přibývat případů žen, které se přejídaly, nato zvracely, držely drastické diety a užívaly diuretika nebo laxativa. Roku 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí a vyhýbáním se ztloustnutí tím způsobem, že bylo vyvoláno zvracení nebo se

zneužívalo pročišťujících prostředků (laxativa – projímadla, emetika – léky na vyvolávání zvracení, diuretika – odvodňující léky).

V osmdesátých letech se rozvinula diskuse o tom, jak by měl být syndrom definován a diagnostikován. V mezinárodních klasifikačních systémech duševních poruch, jako je například DSM-III, publikované Americkou psychiatrickou asociací v roce 1980, se ujal termín bulimie. Brzy se však tato definice ukázala nedostačující a v DSM-IV se objevil název mentální bulimie, pod který bylo zahrnuto přílišné zaobírání se váhou a postavou.

#### **4.2 Poruchy příjmu potravy – jejich vymezení a diagnostické kategorie**

„Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou zahrnuty v zatím poslední verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického statického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace. Jedná se o dva nejzřetelnější syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Kritéria stanovená v DSM-IV nebo starším DSM-III-R jsou běžně používána ve výzkumu a v publikační činnosti, MKN-10 je naopak standardem používána v klinické praxi. Vzhledem k tomu, že je mnoho pacientů, kteří se nějakým způsobem odlišují nebo nezapadají do některé z diagnostických kategorií, věnují obě diagnostické příručky pozornost i atypickým případům poruch příjmu potravy. Diagnostická kritéria jsou přizpůsobena i zvláštní problematice dětských pacientů, které zde věnuje samostatnou kapitolu „Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci“. (Krch, 2005).

##### **4.2.1 Diagnostický systém MKN-10**

MKN-10 řadí poruchy příjmu potravy (F 50.0) do skupiny behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, jak uvádí Smolík ve své knize (1996).

F 50.0 Mentální anorexie

F 50.1 Atypická mentální anorexie

F 50.2 Mentální bulimie

F 50.3 Atypická mentální bulimie

F 50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

F 50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

F 50.8 Jiné poruchy příjmu jídla

F 50.9 Porucha příjmu jídla nespecifikovaná

#### **4.3 Mentální anorexie – (F 50.0)**

Mentální anorexie (anorexia nervosa) je porucha, při níž dochází ke spontánnímu hladovění. Je charakterizována úmyslným snižováním hmotnosti, a to až násilným způsobem. Hladovění je dlouhodobého charakteru a považuje se za patologický projev. Mentální anorexie se dá popsat jako porucha regulace příjmu potravy, je doprovázena změnami v potravním chování a dochází při ní k poruchám vztahu k vlastnímu organismu.

„Samotný termín mentální anorexie – anorexia nervosa – doslova znamená nechutenství nervového původu, ale název je trochu sporný. Anorektičtí pacienti totiž neodmítají jíst proto, že by na jídlo neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, k tělesným proporcím a k obezitě“. (Krch, 1999).

#### *Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0)*

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17, 5 (kg/ metr čtvereční) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.

Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního a odchylky ve vylučování inzulínu.

- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

#### *Diagnostická kritéria podle DSM-IV*

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je norma odpovídající výšce a věku.
- B. Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogenerů).

#### *V rámci DSM-IV jsou dále rozlišovány specifické typy mentální anorexie:*

- Restriktivní (nebulimický) typ: kdy během epizody mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- Purgativní (bulimický) typ: kdy u anorektického pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

#### 4.3.1 *Epidemiologie mentální anorexie*

„Epidemiologický výzkum se snaží zjistit, jaké mohou být základní determinanty poruch. Zjišťuje se prevalence – tedy aktuální rozšíření poruchy a ve které populační skupině je zastoupena (pohlaví, socioekonomický status). Dále se zjišťuje incidence, což je počet nových případů za určité období“. (Krch, 1999).

„Mentální anorexie se nejčastěji vyskytuje u adolescentních a mladých žen v neúplně vyjádřené formě. Od počátku sedmdesátých let se počet obětí anorexie zvyšuje. Britská studie z roku 1976 zjistila mezi žačkami soukromých škol jeden těžký případ na dvě stě žaček a později pouze jeden na sto žaček. Šlo o dívky ve věku šestnácti let. Mentální anorexie se vyskytuje více ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách. Zvýšené riziko je u sester anorektiček a u jednovaječných dvojčat. Pacientky trpící anorexií většinou pocházejí z dobře situovaných rodin, se dvěma biologickými rodiči, jejich rodiče jsou spíše starší a konzervativnější typy. Otcové v těchto rodinách si většinou namísto dcery přáli mít syna. Ve vztahu k dcerám mají často nerealistické očekávání, kterým si kompenzují zklamání, že se nedočkali syna“. (Maloney, Kranzová, 1997).

V posledních letech chápou mentální anorexiu rodinní terapeuti jako výsledek dysfunkce rodinných interakcí, kdy děti někdy přebírají roli rodičů a rodiče se stávají závislými na dětech.

#### 4.3.2 *Průběh a prognóza mentální anorexie*

Mentální anorexie se vyskytuje převážně v adolescentním věku. Často je reakcí na novou životní situaci. Například úmrtí blízkého člověka, narušení fungování nějakého vztahu. Může se jednat o změny psychologické, jako jsou například jednotlivá stadia adolescence, nebo o přítomnost jiné psychické poruchy (viz. osobnost anorektického pacienta). Také to mohou být změny biologické, například pubertální fyzické projevy. Mentální anorexie většinou začíná u jedinců s normální váhou nebo s mírnou nadváhou. Jejich hubnutí je ze začátku podporováno ze strany okolí a jedinec je za něj oceňován. Častým příznakem mentální anorexie je také zvláštní zacházení s jídlem. Například jeho uschovávání na neobvyklá místa, jeho poškozování, nebo naopak shromažďování a touha získání jídla i za cenu krádeže.



#### 4.3.3 Zdravotní komplikace mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních problémů, které mohou vést až k smrti. Mentální anorexie je jednou z psychických poruch, při níž je úmrtnost poměrně vysoká. Podle některých autorů dosahuje hrubý odhad dlouhodobé úmrtnosti až 18 procent. V krátkodobé perspektivě je uváděno až šestinásobné zvýšení standardního rizika úmrtí. Provedený výzkum účinnosti léčby prokázal, že její výsledky jsou neobyčejně špatné. Postiženým je ve stále rostoucím rozsahu poskytována léčba formou ambulantní péče nebo formou denních stacionářů, nikoli formou tradiční intenzivní péče během hospitalizace, jak uvádí Krch (1999).

„Zdravotní příznaky mentální anorexie jsou stejné jako při hladovění. Tělo pacienta nedokáže rozlišit, zda jde o dobrovolné hladovění, nebo zda je způsobeno objektivním nedostatkem potravy. Reaguje naprosto stejným způsobem bez ohledu na to, co je příčinou nedostatku“. (Krch, 1999).

##### *Fyzické příznaky:*

- závratě, poruchy koncentrace, podrážděnost, těžká insomnie (nespavost), snížená citlivost v rukou a nohou
- deprese – pocit beznaděje a zoufalství, který anorektička připisuje tomu, že není schopna zhubnout, ale který má jiné psychologické kořeny a zároveň je důsledkem špatné výživy
- infekce které se nehojí, podlitiny způsobené tím, že tělo má sníženou odolnost vůči poranění, a také tím, že kosti nejsou obaleny tukem, a proto se mnohem snáz dělají modřiny
- nízká odolnost vůči chladnému počasí (je možné, že tak se tělo snaží chránit před chladem při ztrátě přirozené ochranné vrstvy tuku)
- tělo pokryté vrstvou jemného, měkkého ochlupení, které má zřejmě za úkol chránit před chladem namísto chybějící vrstvy tuku
- nízký tlak
- nepravidelný srdeční tep
- selhání srdce
- dehydratace, (často posílená užíváním diuretik – léků na odvodnění)

- selhání ledvin (dehydratace vyvíjí obrovský nápor na ledviny a zároveň se projevuje nedostatek draslíku, vyvolaný sebehladověním a nevyváženost dalších živin)
- snížená tělesná teplota
- zapadlé oči, zašedlá nebo zažloutlá pleť, která má někdy tendenci praskat, suché a lámavé vlasy způsobené následkem nedostatku bílkovin.

„Zdravotní komplikace, které doprovázejí mentální anorexii, se dotýkají těchto hlavních tělesných systémů: jsou to kardiovaskulární komplikace (týkající se srdce a cév), renální (ledvinové) komplikace, gastrointestinální komplikace (týkající se trávicí soustavy), kosterní komplikace, endokrinní komplikace (týkající se žláz s vnitřní sekrecí), hematologické komplikace (týkající se krve a orgánů krvetvorné soustavy), neurologické komplikace (týkající se nervové soustavy), komplikace metabolické (přeměna látek a energií v organismu) a komplikace dermatologické (týkající se chorob kůže)“. (Krch, 1999).

U restriktivního (nebulimického) typu mentální anorexie představuje hlavní riziko ventrikulární arytmie, srdeční selhání a náhlá smrt, způsobená vlivem podvýživy na kardiovaskulární a renální systém. Také existuje stále více důkazů o úbytku kostní hmoty a s ním spojeném rostoucím riziku vzniku patologických zlomenin.

#### **4.4 Mentální bulimie (F 50.2)**

Mentální bulimie je popisována jako syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, která vede k aplikaci nejrůznějších opatření ke snížení účinků, které vyvolává příjem potravy do těla – tedy tloustnutí.

Označení bulimie je odvozeno z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad) - hlad tak velký, že by člověk dokázal sníst celého vola.

„Termínu bulimia nervosa použil anglický psychiatr Gerard Russell teprve roku 1979. Pro vymezení mentální bulimie navrhnul Russell tři základní kritéria. Prvním je silná a nepotlačitelná touha se přejídat, druhým je snaha zabránit tloustnutí vyvoláním

zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ (projímadel) a třetím kritériem je chorobný strach z tloušťky“. (Krch,1999).

*Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)*

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

*Diagnostická kritéria podle DSM-IV*

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:
  - 1. Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
  - 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

*V rámci DSM-IV se dále rozlišují dva specifické typy mentální bulimie:*

- Purgativní typ – provádí pravidelně zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.

- Nepurgativní typ – používá přísné diety, hladovky nebo intenzivního fyzického cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

Krch (1999) ve své knize tvrdí, že k určení diagnózy mentální bulimie je třeba tří hlavních znaků. Prvním znakem jsou opakující se epizody přejídání (binge eating). Druhým znakem je opakující se nepřiměřená nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti, což zahrnuje střídavé období hladovění nebo, jak zmiňuje DSM-IV, i extrémní cvičení. A třetím znakem je již zmíněný nadměrný zájem o tělesný vzhled.

#### 4.4.1 *Epidemiologie mentální bulimie*

„Mentální bulimie se objevuje na všech sociálních úrovních. V současné době se stále rozšiřuje. Na konci sedmdesátých let se na základě studií ukázalo, že 15 až 30 procent středoškolských studentek trpí bulimií“. (Maloney, Kranzová, 1997).

Porucha se u pacientek většinou objevuje ve věku od 15 až do 24 let, ale může se objevit i u starších žen. U devadesáti procent bulimiček bylo prokázáno, že se přejídaly ještě před tím, než začaly mít typické bulimické projevy.

Bulimie se často objevuje v období velkých změn nebo nečekaných stresových situacích. Například nastupuje-li dívka do nové školy, nebo stane-li se nějaká významná nebo traumatizující událost v její rodině. Nové pocity jsou často doprovázeny úzkostnými stavy a vyprovokují záchvatovité přejídání. Dívka si později uvědomí, že by mohla přibrat na váze a snaží se následků zkonsumované potravy zbavit například tím, že jídlo vyzvrací.

„Bulimičky se vyskytují v rodinách, kde nebyly dobře připraveny na zátěžové životní situace nebo na stres. Jejich rodina nepřijímá lidské selhání a strach a tím nutí dívku, aby se dokázala dokonale ovládat a aby vystupovala sebevědomě a působila úspěšně. Už jen představa takových požadavků musí vyvolávat v dané osobě stres a napětí. Dívka se tak příliš zabývá normálními denními problémy a přemítá o tom, zda působí v těch či oněch situacích dost sebevědomě. Záchvaty přejídání jí tak zdánlivě přinášejí vysvobození z jejích starostí a následné pročišťování jí pomáhá zamaskovat její slabost“. (Maloney, Kranzová, 1997).

#### 4.4.2 Průběh a prognóza mentální bulimie

Průběh mentální bulimie, je ve srovnání s mentální anorexií dlouhodobě příznivější, i přes mnohdy velmi obtížně zvládnutelné situace. U většiny pacientek dochází k uzdravení. Procentuelně to vyjádřil Keller v knize Krcha (1999), který po třech letech sledování uvedl, že úplně se uzdraví 69 procent bulimických pacientů. 10 až 20 procent pacientů zůstává nezlepšených nebo se jejich stav ještě zhoršuje.

Mentální bulimie mívá často chronický průběh. K vyhledání odborné pomoci dochází v mnoha případech až po letech trvání obtíží.

„Průběh nemoci se dá charakterizovat asi takto: porucha je typická především epizodami záchvatovitého přejídání, kterým předchází nějaké silné napětí. Mezi jednotlivými epizodami jí bulimička méně nebo vůbec a většinou je posedlá myšlenkami o příštím přejídání. Jakmile začne záchvat, je osoba trpící bulimií schopná sníst neuvěřitelné množství jídla a nedokáže se zastavit. Dostavuje se okamžitá úleva od pocitu tenze, ale v zápětí přichází pocit studu a viny. Pocit přeplněnosti vyvolává děsivou představu zvýšení tělesné hmotnosti. Zvracením se dostaví opět pocit úlevy“.

(Grogan, 2000).

#### 4.4.3 Zdravotní komplikace mentální bulimie

Pacientky s mentální bulimií mají obvykle přiměřenou tělesnou hmotnost. Téměř polovina osob trpících touto poruchou měla v minulých dobách zkušenost s mentální anorexií, jak dokládají i výše zmíněné kasuistiky. Přejídání mezi těmito dvěma poruchami je běžný pro mnoho pacientů.

Porucha mentální bulimie se tedy nevyznačuje extrémně nízkou tělesnou hmotností, ale přejídáním se, zvracením a nadužíváním projímadel.

„Zdravotní následky přejídání a pročišťování jsou závažné. Časté zvracení vystavuje tělo nadměrné námaze. Pokud osoba trpící bulimií vedle pročišťování také hladoví, vystavuje značnému zatížení játra“.

(Maloney, Kranzová, 1997).

#### *Fyzické následky:*

- silná únava a otupělost
- bolesti v krku (následkem častého zvracení, protože sliznice v krku je narušena žaludeční kyselinou)

- zvrhovatěný jícen (vředy jsou na trubici, která spojuje ústa s žaludkem, a kterou procházejí zvrátky, v závažných případech může dojít k protržení jícnu a k následné smrti)
- zvýšená kazivost zubů (působením kyselin ve zvracích)
- záněty slinných žláz (opuchlá tvář připomínající veverku)
- suchá pleť následkem ztráty tekutin, zejména pokud dojde k užívání diuretik nebo laxativ
- různé druhy kožních vyrážek
- silná dehydratace následkem ztráty tělesných tekutin
- zácpa související s nedostatkem tekutin
- edém neboli zadržování vody v těle (jde o reakci těla na ztrátu tekutin, které se snaží nějakým způsobem tekutiny v těle zadržet)
- nerovnováha elektrolytu (to je nesprávná hladina draslíku a sodíku v organismu, což může vést ke svalovým křečím, problémům s ledvinami nebo k srdečnímu selhání)
- bolesti v břiše, křeče v oblasti břišní

Jídelní poruchy jsou spojeny s řadou zdravotních problémů a mohou závažně poškodit zdravotní stav pacientky. Přispívají ke zvýšené úmrtnosti v oblasti těchto poruch.

#### **4.5 Osobnost pacienta s mentální anorexií a mentální bulimií**

V literatuře se vyskytují mnohé pokusy, jak vysvětlit vznik poruch příjmu potravy v závislosti na určitých osobnostních charakteristikách nebo na patologii. Jde o snahu popsat charakteristickou osobnost anorektického či bulimického pacienta.

„Anorektička“ bývá popisována jako dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, s negativním sebehodnocením, pocity nepřiměřenosti a nekompetence, nedostatkem nezávislosti a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti. Zdůrazňovány jsou také úzkostné a obsedantní rysy, rigidita (strnulost psychických procesů) a perfekcionismus.

„Bulimičky“ jsou nejčastěji charakterizovány impulzivitou (a to nejen v oblasti jídla). Jeden z nejtypičtějších osobnostních profilů popisovaných u mentální bulimie, někdy nazývaný „falešné self“ nebo „pseudo – nezávislá organizace osobnosti“.

Grogan (2000) zachycuje rozpor mezi navenek dobře fungující a dobře vypadající mladou ženou a hlubokými pocity potřebnosti, závislosti a nízkého sebevědomí skrytými pod touto fasádou. Pozornost byla také věnována vztahu mentální bulimie a hraniční poruchy osobnosti.

Dle Poněšického (2004) se v případě mentální anorexie jedná o kombinaci trojí poruchy. Příčina nejvíce v minulosti zdůrazňovaná záleží v potlačení veškeré pudovosti a s tím spojených citů, na jejichž místo nastupuje rozum, vůle, pracovní či sportovní úsilí, jindy spíše jakési zduchovnění, estetičnost, touha po jinakosti a kráse.

V oblasti mezilidských vztahů je charakteristická tendence směřující k nezávislosti. Ta je způsobena strachem z opětného symbiotického vztahu, jejímž zajatcem anorektička byla. Tato úzkost je velmi intenzivní, protože takovýto nesvobodný a příliš těsný vztah pacienta výrazně formoval. Jsou období, kdy pacient podléhá tendenci těsný a závislý vztah opět nastolovat. V tomto případě nastupuje další úzkost, protože pacient musí nyní bojovat proti vlastnímu pokušení.

Třetí problematickou oblastí je slabost vlastního „já“ a z ní vyplývající porucha sebeocenení. Anorektička podléhá střídání fází odporu a opovržení k sobě samé s fází dokazování si vlastní síly a převahy nad ostatními lidmi. Pravidelnou příčinou bývá traumatické narušení osobnosti, zvláště pak sexuální zneužívání. Z toho vyplývá křečovitě sebeohraničení, odmítání jídla jako protest a odmítání sexuality. Může být přítomný stud, sebezatravování a sebepoškozování.

Poněšický (2004) se snaží vysvětlit tyto tři oblasti ve vztahu k psychosomatické symptomatologii anorexie. Pudovost se projevuje buď jako promiskuita nebo naopak jako fáze sexuálního hnusu. Též jako abstinence nebo alkoholismus, zabývání se módou nebo naopak odvrácení se od všeho materiálního k duchovním hodnotám. Tendence k ohraničení sama sebe a k nezávislosti se týká i jídla, to jest k závislosti vlastního života na potravě, jež se neguje. Touhu po nezávislosti však v zápětí může vystřídat touha po symbióze, touha po skutečné lásce.

Jakákoli „emoční strava“ či pomoc a zájem se pacientovi jeví jako podezřelé. Přeje si je, ale zároveň je odmítá. Uchyluje se k vlastní domnělé nezávislosti a nachází v ní náhradní uspokojení. Tyto pocity ztěžují léčbu této poruchy dvojím způsobem. Za prvé pacient může vnímat lékařskou pomoc jako tlak na sebe a umělou výživu jako zbavení svéprávnosti. Za druhé se pacient zdráhá jíst, přibírat na váze, neboť se bojí, že by se to

mohlo vymknout jeho kontrole. Konečný pocit méněcennosti a neustálého selhávání je nutno něčím kompenzovat. Pacient trpící anorexií to nachází v horečnaté činnosti a výkonnosti, v síle vlastní vůle a v překonávání hladu.

Jádrem patogeneze poruch příjmu potravy mohou být tedy jak určité osobnostní rysy, tak specifické poruchy osobnosti.

Anorektičtí pacienti například trpívají poruchou tělesného schématu. Ztrácejí zdravý úsudek týkající se tělesného zdraví. Trpí bludem o vlastním těle.

„Pacienti, u nichž se vyskytuje anorexie, vykazují většinou poměrně vyšší účast neuroticismu, introverze a úzkosti. V souvislosti s mentální anorexií se nejčastěji poukazuje na komorbiditu s obsedantně kompulzivní poruchou. Výskyt této poruchy se u anorektických pacientů pohybuje od 27 do 81 procent“. (Krch, 2005).

Procentuální vyhodnocení se ovšem liší od autora k autoru dle šířky kritérií. U mentální anorexie se tato porucha projevuje nejistotou a nízkým sebehodnocením a nadměrnou sebekontrolou nejenom v jídle. Neustálé přemítání o vlastní bezcennosti pak v tomto kontextu vede k vyhýbání se jídlu a k ritualizaci jídelního chování. Myšlenky na jídlo jsou paradoxně posilovány hladověním. Ritualizované chování má sloužit ke snížení úzkosti a k úniku před těmito nepříjemnými myšlenkami.

Tato porucha se v případě mentální anorexie projevuje také sklonem k perfekcionismu. Jeho rizikovost spočívá především v důslednosti a neoblomnosti postoje anorektičky. Perfekcionismus se vyskytuje zejména ve vztahu k tělesnému schématu, jídelním a pohybovým návykům a sebekontrolě. Představuje úzkostné kognitivní zúžení a zúžení osobní perspektivy, důrazné zaměření na cíl a odpovídající behaviorální imperativ, jak popisuje Krch ve své knize (2005).

Perfekcionismus posiluje rezistenci vůči léčbě a zvyšuje riziko relapsu (zvrát choroby k předešlému horšímu stavu), ale v některých případech může rovnou přispět k rozvoji mentální anorexie.

Mentální anorexie má také blízko k hyperaktivitě, která se v tomto případě projevuje přímo manickým chováním osobnosti. Jde o excesivně prováděnou činnost, jako například horečnaté cvičení. Anorektička se natolik upne na určitou činnost, například aerobik, že zapomíná na všechno ostatní, samozřejmě též na jídlo. Tato porucha také souvisí s bludem o těle.



Krch (2005) dále uvádí, u mentální anorexie se může vyskytovat jev zvaný „adolescentní moratorium“, který signalizuje uvíznutí na cestě k dospělosti. Pacient se bojí nároků okolí, nedokáže být zodpovědný sám za sebe. Dívky se mnohdy brání sexuální vyspělosti.

V roce 1972 poukázal Materson na možný vztah mezi mentální anorexií a hraniční osobností. Toto téma bylo podrobeno mnoha studiím a v dnešní době se uvádí mírně vyšší výskyt této poruchy u mentální bulimie než u anorexie. Hraniční osobnost má s bulimií tyto společné příznaky: impulzivitu, přejídání nebo některé depresivní symptomy.

Dívky trpící poruchami příjmu potravy se vyznačují kromě neurotických a obsedantních rysů nebo kromě hraniční poruchy osobnosti i jinou psychopatologií. Patří sem hysterické rysy, egocentrismus, přecitlivělost a senzitivita, narcistická porucha osobnosti nebo sociální úzkost a excesivní závislost, nízké sebevědomí, pocit neschopnosti a marnosti vlastní existence. Porucha příjmu potravy, která se často objeví dříve, než může osobnost dospívajícího dozrát, se pak přirozeně odráží v různých adaptačních poruchách a nevyzrálých postojích. Pocit nepřiměřenosti a nemoci, doplněný celou řadou psychických a psychosomatických obtíží, vede k egocentrismu, pocitu ohrožení pacienta a reakcím pohybujícím se v extrémních polohách.

Podle Krcha (2005) byly u třetiny bulimických a poloviny anorektických pacientek zjištěny psychastenické a hysterické rysy. Psychastenické rysy zahrnují vnitřní nejistotu, pocity nedostačivosti a anxiozity; převládaly tedy u anorektiček. U bulimiček byly výraznější hysteroidní rysy, které se vyznačují výraznou emoční labilitou, egocentrismem nebo sklonem k dramatizaci. U některých bulimických pacientek byl dokonce konstatován sklon k nezdrženlivosti i v jiných oblastech než ve vztahu k jídlu. U déletrvající anorexie i bulimie byla pozorována výraznější porucha osobnosti s dominující uzavřeností, hypersenzitivitou (přecitlivělostí), rigiditou (strnulostí psychických procesů) a odtržením od reality. Některé z pacientek dokonce měly v anamnéze sebevražedný pokus. Některé pacientky trpěly při anorexii i bulimii nadměrnou vztahovačností, až paranoiditou a u 17 procent ze zkoumaných pacientek byly zjištěny lehčí známky deteriorace intelektových funkcí (úbytek či oslabení rozumových schopností, zvláště paměti a logického usuzování).

Hilda Bruch v knize Krcha (1999), identifikovala tři základní rysy mentální anorexie:

1. Narušené uvědomování si vnitřních pocitů (porucha interoreceptivního čítí).
2. Narušení tělesného schématu (porucha body-image).
3. Silný pocit vnitřní neefektivnosti.

Garner, Olmsted a Polivy převedli tato klinická pozorování do kvantifikovatelné škály zvané EDI – Eating Disorder Inventory. Ta umožňuje popsat osobnostní profil pacienta trpícího mentální anorexií nebo bulimií a byla konstruována pro měření psychických a behaviorálních rysů u anorexie a bulimie. Obsahuje osm dílčích škál zaměřených na osobnostní rysy nebo tendence, které se v souvislosti s poruchami příjmu potravy nejčastěji vyskytují a jsou pro ně pokládány za charakteristické, jak uvádí Krch (2005).

Jednotlivé dílčí škály jsou následující: 1) nutkání být štíhlý (extrémní snaha zhubnout a zaměření na diety); 2) bulimie; 3) tělesná nespokojenost; 4) inefektivita (pocit celkové nejistoty a bezcennosti); 5) perfekcionismus; 6) interpersonální nedůvěra (pocit odcizení a nechuti vytvářet blízké vztahy, oslabení pozitivních emocí vůči ostatním); 7) narušené interoreceptivní čítí (snížená schopnost orientovat se ve vnitřních pocitech a emocích, včetně viscerálních tj. útrobních pocitů hladu a sytosti); 8) strach před dospělostí (odráží touhu vrátit se zpět do bezpečí dětství a strach z požadavků dospělosti, viz. již zmíněné adolescentní moratorium). Nová verze testu EDI12 dle Garnera (1991) obsahuje ještě další dílčí škálu měřící asketismus (snaha o sebedisciplínu a nadměrnou kontrolu zejména tělesných potřeb); impulzivní regulaci (tendence k impulzivité, závislostem, sebedestruktivitě a hostilitě – nepřátelskému postoji vůči sobě nebo druhé osobě) a sociální nejistotu (napjaté a neuspokojující sociální vztahy).

Na základě mnohých výzkumů a testů je již zcela zřejmé, že některé osobnostní rysy a psychické charakteristiky zvyšují riziko vzniku anorexie a bulimie (zejména již zmíněný perfekcionismus nebo obsedantní rysy). Některé psychické charakteristiky mohou být specifickým projevem malnutrice - podvýživy (například úbytek libida), psychického a fyzického strádání (přecitlivělost, nedůvěra) nebo nespecifickým důsledkem závažného onemocnění spojeného s dlouhodobou psychosociální deprivací. Mohou být také následkem problémového dospívání a špatně načasovanou separací z rodinného prostředí, jak je podrobněji popsáno v kapitole 4.7.1 - Teorie sociální dělohy.

Je zajímavé, že některé z těchto osobnostních rysů odezní s ústupem základní psychopatologie, se vzrůstem hmotnosti a s přiměřenou kontrolou jídelního chování. Jiné naopak mohou dlouhodobě přetrvávat. „Dle výzkumů přetrvávají u některých pacientek zejména známky deprese, sociální fobie, úzkosti a obsesivně – kompulzivních rysů“. (Krch, 2005).

#### **4.6 Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy**

Většina autorů zabývajících se poruchami příjmu potravy zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o jejich biopsychosociální podmíněnosti. Tento široký koncept se stává v posledních letech obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii poruch příjmu potravy. Z tohoto hlediska je možné zmínit několik základních přístupů zaměřených na tyto faktory.

##### *4.6.1 „Culture bound syndrom“*

Mentální anorexie a bulimie mohou být považovány za kulturně podmíněný syndrom. Gordon (1990) užívá pro anorexii a bulimii termínu „etnické poruchy“. Vysvětluje to takto:

- poruchy příjmu potravy se v dané kultuře vyskytují dostatečně často
- vyjadřují klíčové konflikty, které se v dané kultuře vyskytují
- jsou konečnou a běžnou cestou jak vyjádřit širokou škálu osobních problémů
- jsou vysoce strukturovaným a široce napodobovaným modelem reakce na stres
- jejich symptomy jsou přehnanou variantou normálních postojů a chování v dané kultuře a jsou podporovány a šířeny názorovým klimatem zejména ve sdělovacích prostředcích

Z praktického hlediska je možné označit poruchy příjmu potravy za kulturně podmíněné, protože v některých kulturách se jídelní poruchy ještě neobjevily a naopak, do některých oblastí se dostaly pomocí šířící se euro-americké kultury a globálního myšlení doby.

Gordon (1990) ale upozorňuje na to, že většina kulturních interpretací mentální anorexie zdůrazňuje vliv módních trendů týkajících se štíhlosti, ale jen málo z nich se zabývá komplexnější otázkou, proč je štíhlost pro současné ženy tak důležitá.

Detailnější studium psychologických konfliktů, které vedou určité ženy k tomu, že se u nich rozvinou poruchy příjmu potravy, směřuje podle něho k otázkám identity a sebehodnocení, které zapříčiňují to, že snažení o štíhlost je „zvoleno“ jako základní symptom. Základní charakteristikou anorektických pacientů je hluboký pocit nemohoucnosti, neschopnosti ovlivňovat své prostředí a určovat vlastní osud. Vyrůstají v rodinách, které zdůrazňují výkon, ale zároveň připravují děti o příležitost k samostatnému jednání nebo rozvoji vlastních jedinečných schopností. V adolescenci proto dítě není dostatečně připraveno na zvládání typických vývojových požadavků. Události, které obvykle spouštějí anorektickou dietu jsou zážitky, které se týkají pocitu nezávislosti a vědomí vlastní hodnoty.

Co není obyčejně zdůrazňováno, je míra, do které charakteristické zkušenosti a problémy anorektických pacientů odrážejí a zvětšují běžné problémy ženské identity široce kulturně rozšířené. Transkulturální studie normálního ženského vývoje podle Grogana (2000) ukazují, že navzdory změnám veřejné ideologie o rolích pohlaví jsou dívky stále vedeny k tomu, aby dělaly druhým radost, a jsou mnohem méně než chlapci podporovány v rozvoji autonomního chování.

Dalším faktorem, který obvykle hraje svou úlohu, je intenzivní tlak k dosahování výkonů (výkony nejsou pociťovány jako důkaz vlastní hodnoty, ale výkony pro druhé). Celý komplex dosahování výkonu a příjemného chování byl idealizován v populární představě „superženy“. Tato verze „hodné holčičky“ byla napadena ze strany feministických hnutí jako zvrácení ideálů rovnosti mužů a žen. Mnohé dívky mohou takovou ideologii osvobození prožívat jako jeden z externích požadavků dokonalosti, podle kterých se cítí být nuceny chovat.

Důraz, který klade současná západní kultura na výkon, představuje ostrý zvrát oproti dřívější definici ženské role, která zdůrazňovala poddajnost a úctu. Nová definice sociálního ideálu ženské role však není zdaleka jasná. Vyžaduje nejednoznačější role, z nichž mnohé si vzájemně odporují.

Jak již bylo zmíněno na začátku této kapitoly, Gordon (1990) užívá pro poruchy příjmu potravy pojmu „etnická porucha“. Tento pojem převzal od psychoanalytika a antropologa George Devereuxe, který se zaměřoval na poruchy objevené etnology

v ne-západních společnostech. Pojem „etnický“ není v tomto smyslu chápán úzce jako „etnická skupina“ nebo „subkultura“, ale spíše jako „vlastní určité kultuře“. Gordon (1990) mentální anorexii v této souvislosti přirovnává k hysterii, kterou Devereux považoval za klasický příklad etnické poruchy. Hysterie vyjadřovala základní kulturní dilema a sociální rozpory žen 19. století, zejména střední a vyšší třídy. Hysterické ženy dramatizovaly svou bezmocnost stejně jako potlačenou sexualitu skrze symptomy, které jim svým charakterem nemoci dávaly určitou moc pasivně kontrolovat a manipulovat bezprostřední situací.

„Poruchy příjmu potravy jsou tedy etnickými poruchami v tom smyslu, že zveličují kulturně typické řešení problému, který je v dané společnosti značně rozšířen. Rozdíl mezi „normou“ a „patologií“ je spíše kvantitativní než kvalitativní. Posedlost váhou, kterou mohou trpět „normální“ ženy, není o nic méně vysvětlitelná než ta, kterou trpí anorektičtí či bulimičtí pacienti, pro které se stala všepohlcující“. (Grogan, 2000).

#### 4.6.2 Faktory biologické

Poruchy příjmu potravy jsou ovlivňovány nejen sociokulturními faktory, ale také biologickými.

- Ženské pohlaví

O poruchách příjmu potravy se mluví převážně v souvislosti s ženami. Je to proto, že těmito poruchami většinou trpí dospívající dívky a ženy. U mužů se tato problematika vyskytuje v mnohem menším měřítku. Procentuelně je to cca 5%. Platí to jak pro anorexii tak pro bulimii. Poněkud vyšší je procento mužů, kteří trpí záchvatovitým přejídáním.

Existuje několik příčin, proč jsou to převážně ženy, kdo trpí jídelními poruchami. V první řadě je to společenský náhled na ženské tělo. Společnost nepřikládá takový význam tomu, kolik váží muži. Samozřejmě není žádoucí, aby byl muž vyloženě obézní, ale není to tak sledované jako v případě žen. Přijatelná váha u mužů je mnohem vyšší než u žen.

Důležitým aspektem jsou také tělesné změny, kterými prochází v období puberty zejména ženské pohlaví. Dívky procházejí velmi rychlým tělesným růstem, s nímž je

spojena tělesná hmotnost a tvary těla. Nejdramatičtějším obdobím je věk mezi dvanáctým a šestnáctým rokem. U mužů je dospívání spojeno převážně s nárůstem svalové hmoty. Výhodou je, že muž je atraktivní jak svalnatý tak štíhlý. U žen je to složitější, protože dospívání pro většinu znamená zvyšování hmotnosti, což se rozchází s nynějším ideálem krásy. Následkem je silná nespokojenost dívek a možnost jídelní poruchy. Dívky brzy tělesně vyzrálé jsou jídelními poruchami ohroženy nejvíce. Tyto dívky bývají rovněž menšího vzrůstu, silnější postavy s velkým poprsím i pozadím. Jsou méně spokojené s hmotností svého těla a jsou častěji než jejich vrstevnice vystavovány posměchu okolí, což může vést ke stresu a k následné snaze tělesnou hmotnost upravit, jak uvádí Krch (1999).

Dospívání je také spojeno s výkyvy nálad, které jsou způsobeny hormonálními změnami v těle. Jedinec může být podrážděný, jeho nálady se neustále mění. Mladý člověk si výrazněji uvědomuje sám sebe a srovnává se s ostatními. Dívky jsou v tomto ohledu více nejisté než chlapci. Mají nižší sebevědomí, jsou více kritické k vlastnímu tělu a sledují pozorně reakce okolí na svou osobu.

S dospíváním je spojen i problém přijetí sexuální role a vlastní autonomie (separace od rodiny). Někteří mladí lidé přistupují k sexuálním pocitům a potřebám s otevřeností, ale pro některé je to problém. Anorektičtí pacienti se v mnohých případech zdráhají přijmout sexualitu a nechtějí se stát dospělými. Mentální anorexie téměř zastavuje sexuální vývoj, protože silné vyhubnutí brání tomu, aby se u ženy vytvářely pro ni typické tělesné proporce. Strach ze sexuality a dospělosti je v úzkém vztahu se všemi poruchami příjmu potravy.

V období puberty je zvýšené riziko jídelních poruch, protože se kumuluje řada rizikových faktorů, ale nelze to považovat za platné ve všech případech. K poruchám příjmu potravy může dojít téměř v jakémkoli věku.

- Tělesná hmotnost

Tělesná hmotnost ve většině případů ovlivňuje sebevědomí ženy a její spokojenost se sebou. S rostoucí hmotností přibývá riziko držení redukčních diet. Novým zjištěním je, že významnou roli při výskytu poruch příjmu potravy hraje distribuce tělesného tuku. Ženy které mají tuk uložen v největší míře na bocích, stehnech a na hýždích, vykazují významně vyšší riziko jídelních poruch než ostatní ženy, jak poznamenává Krch (1999).

Dodržování redukčních diet a jejich porušování způsobuje kolísání hmotnosti. Při hubnutí se ztrácí tuková i svalová vrstva. Při porušování diet se tuková vrstva navrácí mnohem rychleji než předtím. V důsledku kolísání hmotnosti pak nutně dochází ke změnám ve složení těla. Náhlé a pravidelné změny hmotnosti jsou zdravotně nebezpečné a jsou spojeny se zvýšenou psychopatologií, jako je bulimie a záchvatovité přejídání.

- Puberta

Významnou roli při zprostředkování adaptace dospívajícího na pubertu hraje jeho osobnost a pubertální dozrávání je ústředním stimulem při vzniku anorektické symptomatologie. U dívek je známkou skončení puberty první menstruace. Zdá se, že dívky jsou oproti chlapcům vnitřně nejistější, mají větší obavy o to, zda jsou nebo nejsou oblíbené, mají nižší úctu k vlastnímu tělu, které v období puberty dostává dramatických tělesných změn.

S dospíváním je také spojena separace od rodiny, snaha o sebeprosazení a autonomii, či přijetí sexuální role, což může u rizikových jedinců vést k narušení přiměřených jídelních zvyklostí, případně k rozvoji poruchy příjmu potravy. Pubertu a dospívání lze však považovat za období kumulace možného vzniku řady zdravotních problémů, které mohou být spojeny s mimořádným stresem prožívaným v tomto období.

#### 4.6.3 Životní události

I různé životní události a situace jsou často považovány za významné nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Bruch (1973) poukazovala na to, že většina jejích pacientů si vzpomíná na událost, která způsobila, že se cítili silní nebo měli potřebu zhubnout. Podle Hsu (1990) dává rozvoj anorexie do souvislosti s nějakou životní událostí jedna až dvě třetiny pacientů. Nejčastěji jsou zmiňovány různé nárážky na tělesný vzhled, sexuální či jiné konflikty, osobní nezdary nebo nemoci a problémy v rodině.

#### 4.6.4 Rodinné a genetické faktory

„Podle literatury tvoří genetický podíl 50-90 % při vzniku anorexie a 35-83 % u bulimie nervosa. U geneticky zranitelnějších lidí může rodinná dispozice spočívat v dědění



některých povahových rysů (například úzkostných, citlivých na stres), které jsou pro vznik onemocnění rizikové. Příbuzné ženského pohlaví jsou v největším riziku“. (Papežová, 2003). Tak například výskyt poruch příjmu potravy mezi sestrami anorektiček byl podle Strobera (1990) odhadován na 11,4 % oproti 1,8 % u kontrolní skupiny. A ve většině dalších klinických studiích se výskyt mezi sourozenci pohybuje v rozmezích 3 až 10 %.

„Z hlediska vzniku PPP může být významná role rodiny také při formování konceptu úspěchu a při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů. Některými autory je v souvislosti s rozvojem PPP poukazováno na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče a empatie. Tento předpoklad potvrzují i naše zjištění, že dospívající dívky s rizikovými jídelními postoji a návyky častěji uváděly, že v jejich rodinách je oceňován jen mimořádný výkon, a samy se zpravidla hodnotily jako ambicióznější než jejich vrstevnice“. (Krch, 2005).

#### *4.6.5 Emocionální faktory*

U patientek s PPP se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Symptomy deprese bývají vysvětlovány jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak s neschopností se kontrolovat. Většina příznaků deprese a úzkosti je zde přímo spojena s obavami o tělesnou hmotnost a vzhled.

### **4.7 Přehled hlavních psychoterapeutických přístupů a možností léčby PPP**

„V současné době je téma poruch příjmu potravy velmi diskutováno a k dispozici jsou nejrůznější léčebné postupy. Vedle rostoucího počtu specializovaných forem léčby byly upraveny i mnohé psychoterapeutické přístupy. Léčení by mělo být celkové, to znamená psychické i somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky poruch příjmu potravy. Je-li pacient ve vážném stavu a v ohrožení života, je nutná hospitalizace na klinice“. (Leibold, 1995).

Poruchy příjmu potravy vyžadují vedle odborného léčení těla také odbornou psychoterapii. Ta potřebuje obvykle delší čas, většinou dobu kolem několika měsíců.



#### 4.7.1 *Teorie sociální dělohy*

„Ženský a mužský jazykový modus je za přítomnosti nás obou stále k dispozici, a proto můžeme terapeutickou situaci vyvažovat snadněji, než když pracujeme každý sám. Lze bez nadsázky tvrdit, že díky tomu léčíme nejen naší odbornou erudicí a tím, že vytváříme terapeutické vztahy s jednotlivými členy rodiny, ale také našim vzájemným vztahem. V tom nabízíme rodině živoucí podobu toho, co je vlastním posláním rodičovské dvojice: Vztah mezi rodiči, totiž to, co je spojilo, když zakládali rodinu, a to, jak se společně s takovým úkolem vyrovnávají, proudí k dětem skrze interakce každého s každým mimovolně jako přirozená výživa.

Díky tomu, jak odlišně situaci vnímáme, máme možnost zrcadlit rodině aktuální dění v jejích vztazích. Postřehy, včetně jejich rozporuplností, jí předáváme v podobě léčebných intervencí. Jako vzniká v každé rodině během společného života originální životní styl té které rodičovské dvojice, tak jsme my dospěli k metafoře o „sociální děloze“. (Chvála, Trapková, 2004).

Chvála a Trapková (2004) vycházejí z přesvědčení, že poruchy příjmu potravy souvisí s chybnou koordinací vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí hnízdo. Domnívají se, že jde spíše o poruchu vzniklou na základě neporozumění v rodině, než o poruchu jednotlivce.

Dále tvrdí, že za příznaky mentální anorexie a mentální bulimie se skrývá typický vývoj kontextu psychosociálních vztahů rodinného systému. V některých místech tohoto vývoje dochází častěji ke stagnaci s typickým obrazem poruch příjmu potravy. (Pro ukázkou: k anorektické stagnaci může dojít například za okolností, kdy matka je dceři plně k dispozici, ale dcera ji nedokáže přijmout. Nebo když dcera není dostatečně nasycena matkou a ona ji již odmítá. Dále když je dcera již nasycena, ale matka se jí nedokáže vzdát a otec nepřebírá svou funkci. Když dcera i otec jsou připraveni se sblížit, ale matka tomu brání, a když dcera i matka jsou nasyceny, ale otec není k dispozici).

Slovní spojení sociální děloha vzniklo na základě tzv. jazykování (language – pojem chilského profesora fyziologie Humberta Maturana). Díky spolupráci terapeutické dvojice Chvály a Trapkové se tato metafora dále rozvíjela a s ní i další pojmy jako například sociální porod. Díky těmto dvěma pojmům vznikla metoda léčby a zároveň užitečný teoretický koncept. „Při terapiích se tato metafora velmi dobře přizpůsobuje

díky své pružné vnitřní konzistenci a v pravou chvíli ovlivňuje tázání terapeutů i samotnou terapeutickou intervenci. Používáním se prohlubuje a není v rozporu se zavedenými psychologickými pojmy a teoriemi. Sociální děloha umožňuje autentický kontakt s lidmi, se kterými se obecně sdílí lidská zkušenost těhotenství a porodu, překvapivě vystihuje vývoj rodiny jako celku a zároveň respektuje dynamiku střídání generací ve vývoji celého rodu“. (Chvála, Trapková, 2004).

Metaforu o sociální děloze lze velmi dobře propojovat se znalostmi z porodnictví. Detaily zrání plodu v děloze matky zakončené porodem lze porovnávat s výsledky výzkumu vývoje dítěte v sociálním prostoru rodiny, včetně separace dospívajícího ve vývojové psychologii. Tímto se ocitá terapie na poli tzv. psychobiologie.

Erik H. Erikson, významný představitel psychoanalýzy, popisuje vývojové fáze dítěte a vyslovuje též myšlenku o analogii biologického intrauterinního vývoje s pozdějším vývojem sociálním.

Proces biologické dělohy a sociální dělohy má významně shodnou charakteristiku. Chvála a Trapková (2004) dospěli k hypotéze, která se velmi podobá hypotéze Eriksonově, a která říká, že proces zrání plodu v těle matky se na vývojově vyšší – psychosociální – úrovni ve svých parametrech opakuje.

Znalost sociální dělohy se stále prohlubuje, používá ji více terapeutů a stává se účinnou metodou, jak pomoci rodinám v krizi. Poukazuje na jádro problému a má schopnost ujasnit to, co je pro rodinu nesrozumitelné a uspořádat to do jasného celku.

#### *Podobnosti vývoje v biologické a sociální děloze*

Díky emoční a sexuální potenci ve vztahu dvou jedinců je možné zajistit vznik života a smysluplný růst jak v biologickém prostředí tak v sociálním prostoru.

Vývoj v biologické děloze trvá od početí do porodu devět měsíců, na rozdíl od vývoje v sociální děloze, který trvá mnohem déle. Jak z biologické tak ze sociální dělohy se rodí plod, který by měl být schopný přežít ve světě. Porod i separace jsou si podobné komplikovaností a plod i mladý člověk potřebují po opuštění tohoto jistého prostoru podporu.

Tak jako po porodu, i po odchodu z rodiny dítě potřebuje pomoc. Samo již cítí, že přišel čas, aby se o sebe začalo starat, ale nedokáže si to ještě dobře představit. V rodině dochází ke změně, protože adolescent sebou přináší mnoho nových věcí a zvenčí se cítí

rodina ohrožena. Ztrácí se původní ochrana dítěte a zvyšuje se napětí a podrážděnost. Funguje to podobně jako v biologické děloze, kdy je vypuzení plodu vyvoláno pronikáním infekce.

Separace dítěte z rodiny probíhá v několika složitých fázích. Ve většině případů jdou tyto fáze posoupně za sebou. Ve věku dvanácti let se dítě sbližuje více s matkou a separuje se od otce. Naopak je tomu v období kolem šestnáctého roku, kdy dochází k separaci směrem od matky a ke sblížení s otcem. Teprve po této fázi je možná separace směrem ven z rodiny. U mladých dívek jsou tyto fáze nesmírně důležité, protože neuskutečnil-li se sblížení s matkou, nepodaří se dívce proniknout do světa ženy a neporozumí mu. Následně se mohou vyskytnout různé poruchy, jako je například porucha příjmu potravy.

#### *4.7.2 Přístup M. Selvini-Palazzoliové*

Teorii sociální dělohy, která je popisována v předchozích bodech a zaměřuje se především na koordinaci vývoje členů rodiny v období separace dítěte z rodiny, je možné doplnit o přístup M. Selvini-Palazzoliové, která se zabývá také rodinou jako systémem, ale spíše z pohledu komunikace a interakce v rodinách.

Ve své knize, která se stala jednou ze základních prací o mentální anorexii, popisuje Selvini-Palazzoliová (1978) vývoj svého terapeutického přístupu od individuální terapie k terapii rodinné.

Její práce s rodinami anorektiček vycházela z Haleyho teoretického modelu rodin schizofreniků, který vedl k přesvědčení, že všechny formy duševních nemocí musí být chápány jako logické přizpůsobení deviantnímu a nelogickému transpersonálnímu systému. To ji vedlo ke snaze o popis „modelového systému“ rodiny s anorektickým členem, který v daném momentě nedává pacientovi jinou možnost než uchýlit se do nemoci. Jako výzkumné nástroje použila Selvini-Palazzoliová rodinná interview nebo dotazníky a především psychoterapii celého systému rodiny.

Selvini-Palazzoliová dospěla k následujícímu popisu komunikace a interakcí v rodině:

- 1) V rodinách anorektických pacientů je extrémně časté vzájemné odmítání zpráv mezi členy rodiny.
- 2) Charakteristické je také nejasné vymezení vůdcovství v rodině, každý z rodičů přičítá svá rozhodnutí ostatním. Jednání jednotlivých členů rodiny není nikdy připisováno

jejich osobnostním preferencím, ale potřebám ostatních, každé rozhodnutí je učiněno pro dobro někoho jiného.

3) V rodinách existuje velké množství tajných pravidel, o kterých se nemluví a která vedou k zdeformovaným vzorcům chování. Aliance mezi dvěma je považována za zradu třetího, a tedy vážné ohrožení jejich pseudo-solidarity. Dcera se tak dostává do bezvýchodné situace, protože je neustále vybízena ke spojení s otcem proti matce a naopak (pozn.autora: tento vztah je rozebírán též v teorii sociální dělohy). Rozděluje své sympatie mezi oba rodiče a nemá prostředky ani energii k tomu, aby si budovala vlastní život nebo riskovala adolescentní vzpouru.

4) Rodiče jsou většinou jeden druhým hluboce rozčarováni. Oba se snaží dokázat, že učinili větší oběti ve jménu služby, slušnosti a manželské stability než druhý. To vše se odehrává v tajnosti, protože pravidlo spořádanosti vyžaduje, aby se zvenčí jevíli jako příkladný manželský pár.

Selvini-Palazzoliová zdůrazňuje, že každá rodina má specifický problém a může potřebovat specifickou intervenci, a proto je třeba hledat metody vhodné pro konkrétní potřeby rodiny. Terapie by podle ní neměla trvat déle než dvacet sezení ohraničených určitým časovým limitem.

Mimo komunikace a interakce v rodině se Selvini-Palazzoliová také zabývá technikami, které se osvědčily v terapeutické práci. Toto je jejich popis:

- 1) Intervence směřující ke změně kvalifikace komunikace s ostatními členy rodiny.
- 2) Intervence zaměřené na problém vedoucí úlohy: pro jednotlivé členy rodiny bývá obtížné vyjádřit v první osobě, co chtějí. Terapeut by měl zdůraznit právo každého člena na vlastní přání a jejich otevřené vyjádření.
- 3) Intervence zaměřené na problém koalic: využití taktik zaměřených na vytvoření konstruktivní aliance mezi otcem a dcerou (ale tato aliance by měla být pouze dočasná a měla by být věnována velká pozornost tomu, aby nebyla destruktivní pro matku). Hlavním cílem takové intervence je uvolnění generační propasti, aby dcera mohla začít žít vlastní život.
- 4) Intervence zaměřená na problém přesouvání zodpovědnosti.

Výzkum Selvini-Palazzoliové ukázal, že rodiny s anorektickým pacientem jsou obzvláště rezistentní vůči změně. Na jedné straně představují symptomy výzvu ke

změně vztahů, na druhé straně je tato výzva sdělena těžko zachytitelným jazykem. Mentální anorexie je v podstatě vše zahrnující zpráva, která ale obsahuje mnoho rozporů.

Selvini-Palazzoliová se také zabývala sociokulturní charakteristikou anorektické rodiny. Všechny rodiny zařazené do jejího výzkumu spojuje základní charakteristika: snaha zachovávat patriarchální hodnoty, role a pravidla. Největší hodnotou v těchto rodinách je sebeobětování, požitkářství je naopak považováno za trestuhodné. Je zdůrazňován kolektivní duch rodiny, jedinec je potlačován do pozadí. Potěšení je přijatelné jen pokud se týká všech, trápení jednoho ukládá smutek i ostatním.

#### *4.7.3 Psychoanalytický přístup*

„Pro psychoanalytický přístup je centrem zájmu osobnost pacienta. Projevy osobnosti je možné pozorovat v oblasti intrapsychického a interpersonálního fungování, například v obtížích osobnostní integrace a regulace, ve specifických patologických vzorcích objektivních vztahů, nebo ve schopnosti sexuální identifikace“. (Krch, 2005).

Zájem o poruchy příjmu potravy se v psychoanalytickém myšlení objevil ve čtyřicátých letech minulého století a vztahoval se především k mentální anorexii. Teoretický přístup vycházel především z Freudovy takzvané pudové teorie, podle které je nejsilnější motivační silou libido. Obranné mechanismy ega jsou mobilizovány zejména tehdy, když se přísné superego staví proti nedovoleným oidipovským přáním. Výsledkem je formace symptomů, v tomto případě odmítání příjmu potravy a ostatní dobře známé příznaky poruch příjmu potravy.

Klasická psychoanalýza byla založena na vhledu do problémů takzvaného neurotického pacienta, jehož základním problémem je nevyřešený oidipovský komplex a regrese do dřívějších vývojových období z hlediska vývoje libida. Pacienti s mentální anorexií však tento obraz nenaplnňovali. Blížili se spíše k pacientům s hraniční nebo narcistickou poruchou osobnosti. Díky tomu se modely psychoanalytického myšlení začaly zajímat o nová témata, jako jsou vývoj „já“, separační a individuální proces, objektivní vztahy nebo narcismus.

Výraznou postavou která kritizovala klasickou psychoanalýzu byla Hilda Bruch, která zdůrazňovala ranou dětskou zkušenost a zejména vztah pacientek ke svým matkám. Respektive se zajímá o způsoby chování matky k dítěti, protože následkem chování

matky ke kojenci může být v jeho dalším vývoji defekt ve schopnosti vlastního „já“ poznat a rozlišit vlastní potřeby.

„V osmdesátých letech minulého století se pozornost psychoanalýzy zaměřila na otázky self, narcismu a narcistické patologie. Mentální anorexie byla nahlížena jako jedna z hlavních forem patologie self, ve které jde o chronickou poruchu v empatickém spojení mezi rodiči a dítětem. Vývoj dětského self vyžaduje, aby dítě vyrůstalo v empaticky reagujícím prostředí. Empatické odpovědi blízkých osob (tzv. selfobjektů) jsou nejdůležitější pro stavbu psychické struktury“. (Krch, 2005).

Psychoanalytický přístup se také snažil vyrovnat s rozdílnostmi v anorektické a bulimické patologii. Zatímco anorektické pacientky jsou typické obsedantními rysy spojenými s rigidním superegem, u bulimických patientek je typická impulzivita a nedostatečně kontrolující superego. Je zde zdůrazňován také fakt, že bulimie může být ovlivněna anorexií a naopak. Toto se například u mentální bulimie projevuje přítomností nevědomé intenzivní agrese vůči rodičům (zejména pak k matce), která se projevuje specifickým zacházením s jídlem a jeho znehodnocováním.

Léčba poruch příjmu potravy je z hlediska psychoanalýzy obtížný a dlouhodobý proces. Jídlo se pro pacientku stává „fetišem“. Který pomáhá udržovat představu kontroly a moci ve vztahu s důležitými objekty, jak na intrapsychické, tak na interpersonální rovině. Vzdát se symptomů by pro ni znamenalo ztrátu sama sebe, osamocení, úzkost a izolaci.

„V průběhu terapie je snaha udržet kontrolu a nepřipustit pocit závislosti. Proto je třeba v první fázi terapie vybudovat skutečný kontakt a prostor. Vlastní terapie potom vede ke změně osobnosti a napomáhá zrání v oblasti separace a individuace, sexuální identity, narcistické regulace a dalších funkcí potřebných pro osobnostní vývoj“. (Krch, 2005).

#### *4.7.4 Ambulantní lékařská péče*

Tato lékařská péče se zaměřuje pouze na navrácení pacienta do stavu somatické (tělesné) a psychické stability, nikoli na překonání poruchy příjmu potravy. Lékařští specialisté kontrolují tělesnou váhu, elektrolyty a další životně důležitá kritéria zdravotního stavu.

„Při akutním ohrožení života je léčba na klinice nutná i za okolností, že se pacient vzpírá, protože se z důvodu své psychické poruchy nedokáže sám rozhodnout

odpovídajícím způsobem. Akutní ohrožení sebedestrukce ospravedlňuje toto částečné omezení svéprávnosti“. (Leibold, 1995).

#### *4.7.5 Hospitalizace úplná nebo částečná*

„Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen pouze na fyzické stránky nemoci. Je-li hospitalizace zamýšlena jako důležitý krok v procesu uzdravení, vyžaduje se závazek aktivní spolupráce pacienta.

O nutnosti hospitalizace pacienta rozhodují tato kritéria: 1) nezbytný návrat k normální hmotnosti pacienta; 2) přerušení záchvatů přejídání nebo nadužívání diuretik, laxativ a jiných prostředků v případech, kdy představují vážné ohrožení zdravotního stavu pacienta; 3) léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek.

Délka hospitalizace se vyměřuje tak, aby počet týdnů nebo měsíců odpovídal alespoň devadesáti procentnímu zisku cílové váhy. Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je za předpokladu optimální spolupráce při léčebném programu kolem jednoho až jednoho a půl kg týdně“. (Krch, 1999).

Hospitalizace je upřednostněna u pacientů, kteří jsou značně vyhublí a nebo z jiného důvodu potřebují pečlivé lékařské sledování.

Krch (1999) se domnívá, že psychotropní medikace není ve většině případů mentální anorexie nutná ani užitečná. Nejlepší je používat medikaci jako doplněk k některému typu psychosociální léčby s prokázanou účinností. Antidepresiva by měla být vhodná jako možná alternativa pro pacienty, u nichž afektivní symptomy brání pokroku v jiných formách léčby.

#### *4.7.6 Rodinná terapie*

Rodinná terapie se zabývá celým systémem, tedy rodinou. Poruchy příjmu potravy mohou odrážet disfunkční role, konflikty a možná spojení v rodině.

Na myšlenku rodiny jako otevřeného systému přivedlo rodinné terapeutické dílo Ludwiga Von Bertalanffyho. Jde o systém, který si vyměňuje hmotu se svým okolím, vyznačuje se vývozem a dovozem, výstavbou a rozkladem materiálních složek. „Rodina se dá stručně charakterizovat takto: je celistvá, to znamená, že členové rodiny se k sobě vzájemně vztahují a jsou na sobě jakýmsi způsobem závislí. Dochází v ní ke zpětné



vazbě, což znamená, že členové reagují na podněty ze strany své rodiny nebo okolí“.  
(Jonesová, 1996).

Rodinná terapie se doporučuje u pacientů, kteří sdílí domov se svými rodiči nebo opatrovníky. Většinou se jedná o mladé dívky. Rodiče svou přítomností na terapii mohou podpořit dosažení terapeutického cíle. Členové rodiny také potřebují v mnohých situacích poradit, jak je třeba zacházet s dcerou, která trpí poruchou příjmu potravy. Jsou vyděšeni z její nadměrně vyhublé postavy, podléhají pocitům bezmoci, nebo naopak mají přílišnou snahu dceru kontrolovat.

Rodinná terapie může být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu. Může být například doplňkem individuální terapie.

#### *4.7.7 Kognitivně-behaviorální terapie*

„Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Individuální KBT je terapií doporučovanou těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky. Jak již bylo zmíněno, KBT je vhodná spíše pro bulimické pacienty. Následující schéma vytvořil C. G. Fairburn, který zdůrazňuje pro mentální bulimii tyto hlavní body: 1) vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají; 2) pravidelné vážení; 3) změna schématu jídelního chování; 4) kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy; 5) zavedení prevence relapsu.

KBT se soustřeďuje především na odučení nežádoucího chování a myšlení. Samotné odučení není dostačující a proto se dále provádí nácvik žádoucího chování. KBT se soustřeďuje na přítomnost a ne na minulost, dodržuje se určitý režim, který usnadňuje pacientovi nacvičení správných návyků (viz psaní deníku, vážení a jiné...)“.  
(Krch, 1999).



#### 4.7.8 Jiné přístupy k léčbě poruch příjmu potravy

- Interpersonální terapie: úkolem je identifikace interpersonálních problémů a uzavření terapeutické smlouvy o práci na těchto problémech. Tato terapie je vhodná jak pro případy bulimických pacientů, tak pro pacienty anorektické, u nichž příznaky přetrvávají dlouhodoběji.
- Psychodynamická terapie: v průběhu terapie jde o manifestaci snahy udržet kontrolu a nepřipustit pocit závislosti (například závislost na jídelních návycích u poruch příjmu potravy). Při terapii se vytváří skutečný kontakt, prostor, který lze využít pro analytickou práci. Pacient minulé zážitky aplikuje na aktuální situaci (například pacientka předstírá před terapeutem, že jí, jídlo přitom tajně vyhazuje, schovává, nebo předstírá, že zvrací). Terapie by měla směřovat ke změně osobnosti, k jejímu osobnímu zrání a samostatnosti, jak uvádí Krch (1999).
- Časová osa: na vývoj práce s časovou osou měla významný vliv oblast psychoterapie, především teorie rodinné terapie (psychoanalytik E. Erikson znázornil schéma růstového období člověka, celkem osm stádií růstu od narození po smrt a doplnil jej schématem, ve kterém upřesňuje, jak takový přechod z jednoho do druhého období vypadá a jaké výhody a nevýhody sebou nese). „Na podobném principu je založena časová osa, která zaznamenává nějaký příběh, jenž je zakreslen do různých časových období a pomáhá tak terapeutovi snáze proniknout do daného problému. Terapeut se při znalosti kontextu snadněji v případě orientuje a na základě časové osy pochopí, co předcházelo vzniku poruch příjmu potravy. Časovou osu lze při terapii velmi dobře propojit se sociální dělohou“. (Chvála, Trapková, 1997).
- Skupinová psychoterapie: je součástí mnoha léčebných programů pro pacienty s PPP. Využívá se celá řada skupinových programů, od svépomocných a edukativních skupin až po skupinové programy zaměřené na změny zakoušení vlastního těla. Protože poruch příjmu potravy narušují sociální a rodinný život nemocného, existují i skupiny pro rodinné příslušníky a přátele. Jejich porozumění a přiměřená pomoc může být významným faktorem v procesu uzdravení.
- Svépomoc a psychoedukace: tento přístup léčby je vhodné použít u pacientů, kteří mají relativně mírné příznaky. U edukativní (osvětové) intervence se využívá

působnosti prezentace osvětového materiálu a u svépomoci tzv. svépomocných příruček, podle které se osoba trpící poruchou příjmu potravy řídí.

- **Farmakoterapie:** medikace se nasazuje většinou u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním. Nejvhodnější je, když je medikace zahrnuta do léčby jako doplněk.

V této kapitole je uveden stručný přehled léčebných procesů jídelních poruch. Je však nutné říci, že je ještě mnoho dalších dostupných možností, jak přistupovat k těmto poruchám. Například poradenství v oblasti výživy, různé terapeutické přístupy orientované na tělo (body-oriented therapy, BOT) využívající pohybová cvičení, sporty a hry, relaxační techniky či tělesnou expresi.

#### **4.8 Statistické údaje prevalence poruch příjmu potravy a narušených jídelních postojů**

Informace o výskytu poruch příjmu potravy lze získat ze dvou zdrojů, a to ze statistické evidence osob, které se pro tuto diagnózu léčily v lůžkových zařízeních, nebo byly pro tyto obtíže v pracovní neschopnosti, nebo z populačních studií, které zachycují výskyt potíží u určité skupiny obyvatel. Je zjevné, že počty hospitalizovaných zachycující pouze část nemocných s nejzávažnějšími potížemi, a navíc je tento ukazatel ovlivněn stávajícím systémem zdravotní péče, především nabídkou specializovaných lůžkových zařízení, popř. odlivem nemocných do ambulantních programů. Populační studie jsou naproti tomu zaměřeny často spíše na symptomy než na diagnózy, a protože studují specifickou populaci, získané údaje jsou obtížně přenosné na celou populaci. Oba zdroje dat jsou však pro odhad problému v populaci důležité a přispívají k pochopení jeho sociálního kontextu. U nás provedl rozsáhlou studii adolescentů Krch (přístup z: <http://www.pppinfo.cz/docs/psychs2.pdf>). Z téměř tisíce osob splnilo všechna kritéria pro diagnózu mentální bulimie 5,7 % dívek a žádný chlapec, úplná kritéria pro mentální anorexii byla zjištěna u jedné dívky (0,14 %). Šetření duševního zdraví reprezentativního výběru obyvatel České republiky zjistilo pouze 0,1 % výskytu mentální anorexie, což ukazuje na nerovnoměrnost rozložení tohoto problému v populaci.

Podle jiných zdrojů, které cituje Sladká Ševčíková na stránkách Gender Studies (přístup z: <http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=194555>), hovoří oficiální statistika o výskytu poruch příjmu potravy v těchto datech:

- riziková věková skupina pro mentální anorexii je 13 – 20 let
- riziková věková skupina pro mentální bulimii je 16 – 25 let
- výrazné dietní tendence se objevují již v osmém a devátém ročníku základní školy
- 50% 13-14letých dívek udává, že si přeje zhubnout
- mentální bulimií trpí v ČR 4 – 6% děvčat, tj. přibližně každá 20tá dospívající dívka
- mentální anorexií trpí v České republice 1% děvčat, tj. přibližně každá 100tá dospívající dívka
- na 10 až 20 nemocných děvčat připadá jeden nemocný chlapec
- úmrtnost při mentální anorexií je 2 – 8%
- úmrtnost při mentální bulimii je 0 – 2%
- 50% nemocných mentální anorexií se zcela vyléčí, 20% nemocných přejde do chronického stádia nemoci
- 60% nemocných mentální bulimií se zcela vyléčí

## **5 Zrakové postižení**

### **5.1 Vymezení základní terminologie zrakového postižení**

„Z tyflopédického hlediska zrakově postižený jedinec není ten, který má zrakovou vadu, chorobu, ale ten, který má i po optimální korekci své zrakové vady či choroby problémy v běžném životě. Korekcí se rozumí nejen medikamentózní nebo chirurgická léčba, ale i optická korekce (nejčastěji brýlová korekce).

Zrakové postižení lze definovat jako absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání. Zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince. Promítá se do psychického vývoje. Nedostatek zrakových podnětů nebo dokonce jejich chybění se může stát příčinou senzorické deprivace, která značně omezuje rozvoj poznávacího procesu. Zraková vada ovlivňuje vývoj postiženého v závislosti na řadě faktorů. Mezi nimi hlavní roli sehrávají etiologie, doba vzniku závažnost vady, včasnost diagnostiky atd. Rovněž specifické znaky, kterými se vyznačuje každá zraková vada“. (Ludíková, 2001).

Zrakové vady z pohledu narušení jednotlivých oblastí se nejmarkantněji projevují ve snížení zrakové ostrosti, což znamená, že postižený nevidí zřetelně, má problémy s rozlišováním detailů. Míra snížení zrakové ostrosti může být různá a nejčastěji se zjišťuje pomocí Snellenových optotypů. Další často narušená oblast, je postižení zorného pole (omezení prostoru, které je viděno). Zorné pole může být zúženo, jednostranně či oboustranně a to až po tubicovité vidění, nebo mohou nastat výpadky v zorném poli v centrální i periferní oblasti. Porušení koordinace očí způsobují další obtíže a to především při sledování pohybujících se předmětů. Oči se mohou stáčet, pak jsou problémy s přesným zacílením a uchopením objektu. V případech porušení zrakových center mohou nastat potíže při zpracování zrakových informací.

## **5.2 Klasifikace zrakového postižení**

Kategorie zrakově postižených osob představuje poměrně heterogenní skupinu od relativně lehkých vad až po totální slepotu.

Vzhledem k době vzniku můžeme zrakové vady dělit na vrozené a získané. Z etiologického hlediska se jedná o vady orgánové a funkční. Pro diferenciaci zrakově postižených do jednotlivých skupin lze využít řadu hledisek. Pro praktické účely se jeví jako nejvhodnější klasifikace na osoby nevidomé, se zbytky zraku, slabozraké a s poruchami binokulárního vidění, jak ve své knize uvádí Ludíková (2001).

### **1. Střední slabozrakost**

zřetelnost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1

### **2. Silná slabozrakost**

zřetelnost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2

3. Těžce slabý zrak

- a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) – minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 – 1/50, kategorie zrakového postižení 3
- b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů

4. Praktická nevidomost

zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4

5. Úplná nevidomost

ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

### 5.3 Statistické údaje o zrakově postižených

Jak uvádí Schindler a Pešák na stránkách Sjedenocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR (přístup z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>), je v současnosti podle údajů Světové zdravotnické organizace na světě 45 miliónů nevidomých a předpokládá se, že se toto číslo v následujících 20 letech může až zdvojnásobit. Podle britských pramenů je v Evropě asi 11 milionů slabozrakých a asi 1 milion nevidomých. Ve Velké Británii je těžce zrakově postižený každý 60. Člověk. Jiné zdroje uvádějí, že lidé se zrakovým postižením tvoří přibližně 1 - 1,5% z populace. Přesné statistiky neexistují ani v rámci jednotlivých zemí.

Není bez zajímavosti, že 9 z 10 nevidomých (v celosvětovém měřítku) žije v rozvojových zemích a odborníci odhadují, že 80% slepoty může být léčeno nebo jí šlo předejít.

Za zmínku stojí fakt, že procento slabozrakých lidí v populaci průběžně roste a jedním z rozhodujících faktorů ovlivňujících tento trend je nade vši pochybnost prodlužování délky lidského života (to platí především v naší euroamerické civilizaci). Přímá

úměrnost vzniku zrakových vad a vyššího věku je jednoznačně prokázána: 80 % lidí starších 75 let má vážné problémy se zrakem a 70 – 75 % nových případů zrakových vad vzniká u lidí starších 65 let. Z toho se dá vyvodit, že stárnutí je samo o sobě významným činitelem vedoucím ke vzniku zrakové vady. Podle prognóz se v příštích 20 letech počet lidí starších 85 let přibližně zdvojnásobí, z čehož lze usuzovat na zvýšení počtu lidí s postižením zraku.

V České republice se hovoří o sto až sto dvaceti tisících zrakově postižených občanů, z čehož je přibližně dvanáct tisíc nevidomých.

## **6 Praktická část**

### **6.1 Úvod do průzkumného šetření**

Z teoretických poznatků shrnutých v předcházející části práce jsem vycházela při prováděném průzkumném šetření.

Průzkumné šetření bylo prováděno prostřednictvím dvou standardizovaných dotazníků (viz. přílohy č. 1 a č. 2). Při práci jsem vycházela z potřeby připravit takový průzkumný nástroj, který by zaručoval jednak získání dostatečného množství informací a především, aby byl maximálně objektivní. Snahou tohoto šetření je zpracovat získané informace tak, aby je bylo možno využít různými státními, sociálními a odbornými pracovišti a institucemi.

### **6.2 Cíle průzkumného šetření**

Cílem provedeného průzkumného šetření bylo zjistit, zda a v jaké míře se vyskytují sklony k rozvoji poruch příjmu potravy u zrakově postižených osob na středních školách.

Toto šetření bylo rozděleno na dvě části. Obě z nich byly zaměřeny na získání nezbytných informací od samotných zrakově postižených respondentů ze středních škol.

### **6.3 Popis vzorku dotazovaných zrakově postižených osob**

Objektem průzkumného šetření v obou částech byli studenti (respondenti) se zrakovým postižením. Jak vyplynulo z cíle průzkumného šetření, bylo nutné získat informace od zrakově postižených respondentů. Tyto informace jsem získala formou náhodného výběru na třech pražských středních školách určených právě pro zrakově postiženou mládež.

V rámci průzkumného šetření bylo osloveno celkem sto padesát studentů a studentek ve věkovém intervalu 14-25 let.

Termín „zrakově postižený“ zahrnuje všechny jedince s nějakou vadou zraku – tedy osoby s poruchami binokulárního vidění, osoby slabozraké či se zbytky zraku, a ty kteří jsou prakticky nebo úplně nevidomí.

#### **6.4 Popis průzkumné metody a zdůvodnění jejího výběru**

Průzkumné šetření, které se zabývalo odbornou problematikou, předcházelo podrobné studium zdrojů informací, které jsou uvedeny na samém závěru práce. Dále bylo nutné některé odborné otázky konzultovat s vedoucím práce. Samozřejmě byly rovněž konzultace s pracovníky oddělení podpory zdraví ze Zdravotního ústavu v Brně a s psychoterapeuty z občanského sdružení Anabell. Při průzkumném šetření jsem vycházela také z již výše uvedených poznatků, které uvádí Krch a kolektiv (2005) ve školní studii „Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů“.

Na základě stanoveného cíle průzkumného šetření a po konzultaci s vedoucí diplomové práce jsme se rozhodli použít průzkumnou metodu standardizovaného dotazníku (příloha č. 1 a č. 2).

V první a druhé části šetření byli osloveni zrakově postižení respondenti. Bylo rozesláno 150 dotazníků. Z tohoto počtu se jich vrátilo 132. Zbývajících 18 dotazníků se nevrátilo.

V dotaznících (viz příloha č. 1 a č. 2) byly dané škálovací otázky, ze kterých bylo možné sestavit ucelený obraz o problematice poruch příjmu potravy u zrakově postižených studentů. Jednalo se o standardizované dotazníky, které se celosvětově běžně používají při epidemiologických studiích (EAT-26).

Vstupní část dotazníků byla jasná a stručná, aby zbytečně nezatěžovala respondenta. Závěr vstupní části dotazníku obsahoval pokyny, jak dotazník vyplňovat. K pokynům byl pro názornost připojen ilustrovaný příklad vyplnění.

### **7 Vyhodnocování dat a interpretace jednotlivých šetření**

#### **7.1 První část průzkumného šetření**

V první části šetření byla použita metoda standardizovaného dotazníku. Jednotliví respondenti odpovídali v psychometrickém testu na deset škálovacích otázek (viz. příloha č. 1). Například otázkami u zrakově postižených respondentů bylo zjišťováno:

- pohlaví
- věk
- nespokojenost se svým tělem



- zabýváním se váhou
- strach z nadváhy
- vztah jídla a nálad
- kontrolování se v jídle
- vztah k sobě samému

V první části šetření bylo důležité zjistit výsledné hodnoty (skóre) respondenta, tzn. zda je absolutně bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy, nebo patří do běžné normy potencionálního rizika, je-li vystaven mírně zvýšenému riziku, či patří do kategorie silného rizika pro vznik poruchy příjmu potravy.

#### 7.1.1 Kvantitativní vyhodnocení dat první části šetření

Pro přehlednost u všech analyzovaných otázek jsou uváděny tabulky se zjištěnými procentuálními údaji v dané oblasti.

Tabulka č. 1

Otázka č. 1:		% dotázaných
Jste	Žena	53
	Muž	47

Tabulka přehledně uvádí, že bylo osloveno 53 % žen a 47 % mužů.

Tabulka č. 2

Otázka č. 2:		ženy %	muži %
Patříte do věkové skupiny	Věk 14 – 16 let	28,6	8
	Věk 17 – 19 let	51,4	58,1
	Věk 20 – 22 let	14,3	29,1
	Věk 23 – 25 let	5,7	4,8

Jak ukazuje tabulka, největší zastoupení respondentů bylo ve věkové skupině 17 - 19 let a to v případě žen i mužů.

Tabulka č. 3

Otázka č. 3:		ženy	muži
Jsem nespokojený/á s tvarem svého těla	ano, stále	28,6	14,5
	občas	57,2	24,2
	ne, nejsem	14,2	61,3

Cílem této otázky bylo zjistit kolik procent respondentů je nespokojeno se svým tělem. Jak je patrné, muži jsou spokojeni ze 61,3 %, zatímco ženy pouze ve 14,2 % případů.

Tabulka č. 4

Otázka č. 4:		ženy	muži
Přál/a bych si být někým jiným	ano	5,7	4,8
	občas	51,4	24,2
	ne, nikdy	42,9	71

Cílem této otázky bylo zjistit, zda-li by si respondenti přáli být někdy někým jiným. Výsledek opět hovoří v neprospěch žen, kdy až polovina dotázaných odpověděla, že by občas chtěla být někým jiným oproti 24,2 % mužů. Ti by neměnili v 71 % a ženy pouze ve 42,9 %.

Tabulka č. 5

Otázka č. 5:		ženy	muži
Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibírat	ano	17,1	4,8
	jak kdy	28,6	9,7
	ne	54,3	85,5

Z této tabulky vyplývá, že ženy mají strach z nadměrného přibírání, pokud na váze přiberou zmíněný půl kilogram, v 17,1 procentech, zatímco u mužů je tento strach téměř nepatrný.

Tabulka č. 6

Otázka č. 6:		ženy	muži
Často myslím na to, kolik vážím	ano	28,6	4,8
	jak kdy	40	29
	ne	31,4	66,2

Na to, jak často dotazovaní myslí na svou váhu, uvedlo 28,6 % žen, že na svou váhu myslí často, oproti pouhým 4,8 % případů u mužů. Naproti tomu uvedlo 31,4 % žen, že o tom nepřemýšlí. U mužů to bylo celých 66,2 %.

Tabulka č. 7

Otázka č. 7:		ženy	muži
Děsím se myšlenky, že bych měl/a nadváhu	ano, stále	28,6	9,7
	někdy	22,9	9,7
	ani ne	48,5	80,6

Jak je z tabulky patrné, 28,6 % žen se děsí myšlenkou, že by měly nadváhu. U mužů je tato hodnota pouhých 9,7 %. Zcela opačný postoj zastává 80,6 % mužů a 48,5 % žen.

Tabulka č. 8

Otázka č. 8:		ženy	muži
Hodně kontroluji svůj jídelníček	ano, stále	17,1	0
	někdy	48,5	9,7
	ne	34,4	90,3

Tato tabulka opět vypovídá o tom, že ženská populace se obecně více kontroluje v případě toho co jí, než populace mužská, která zde dokonce vykazuje 0 % odpovědí v možnosti první „ano, stále“. U žen tuto možnost zvolilo 17,1 % dotázaných.

Tabulka č. 9

Otázka č. 9:		ženy	muži
Někdy mám chuť jídlo vyzvracet	ano, často	0	0
	občas	5,7	1,6
	ne	94,3	98,4

Cílem této otázky bylo zjistit, nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti. Ani jeden z respondentů toto chování nevykázal a občas by tento způsob kontroly váhy použilo 5,7 % žen a pouhé 1,6 % mužů.

Tabulka č. 10

Otázka č. 10:		ženy	muži
Někdy skoro nejím, jindy toho naopak sním hodně	ano, to je pravda	34,4	9,7
	nevím o tom	37,1	19,3
	spíše ne	28,5	71

Tato otázka měla o respondentech vypovědět jaké mají sklony k hladovění a přejídání. U žen můžeme tyto sklony pozorovat u 34,4 % a u mužů v pouhých 9,7 %. Přiměřené (pravidelné) stravovací zvyklosti vykazalo celých 71 % mužů oproti pouhým 28,5 % žen.

Tabulka č. 11

Otázka č. 11:		ženy	muži
Dokážu se přejíst, když se nudím	ano	40	24,2
	nevím	11,4	19,3
	ne	48,6	56,5

Z uvedené tabulky vyplývá, že jídlem v případě nudy řeší až 40 % ženské populace a muži nudu jídlem zahání ve 24,2 %.

Tabulka č. 12

Otázka č. 12:		ženy	muži
Ke svému vztahu k sobě bych řekl/a:	ano, nenávidím se	0	0
	nemám se rád/a	28,6	4,8
	ne, mám se rád/a	71,4	95,2

Poslední otázka měla ukázat, jaký mají respondenti celkový vztah vůči sobě samým. Nikdo z dotázaných nezvolil odpověď - nenávidím se. Nemám se rád, zvolilo 28,6 % dotázaných žen a pouhých 4,8 % dotázaných mužů.

### 7.1.2 Celkové vyhodnocení první části šetření

Tabulka č. 13

Skóre		ženy	muži
0-5 bodů	jste zcela bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy	54,3	90,4
6-10 bodů	patříte do běžné normy potenciálního rizika	22,8	4,8
11-16 bodů	jste vystaveni mírně zvýšenému riziku rozvoje PPP	17,1	4,8
17 a více bodů	silné riziko pro vznik PPP	5,8	0

Průzkumné šetření první části ukázalo, že ze souboru respondentů – žen je zcela bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy 54,3 %. Do běžné normy potenciálního rizika se řadí 22,8 % žen. V případě 17,1 % dotázaných se jedná o mírně zvýšenou predispozici k riziku rozvoje PPP a 5,8 % respondentů spadá do kategorie silného rizika vzniku poruch příjmu potravy.

Výsledky souboru respondentů – mužů ukazují, že zcela bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy je 90,4 % dotázaných. Do kategorie běžné normy potenciálního rizika patří 4,8 % mužů a stejné procentuelní zastoupení je i ve skupině, kdy se jedná o mírně zvýšenou predispozici k riziku rozvoje PPP. V poslední kategorii pro silné riziko vzniku poruch příjmu potravy se nenachází jediný dotázaný respondent.

Je třeba uvést, že záměrně nebyly používány jednotlivé počty dotazovaných, jelikož procentuální podíl má mnohem vyšší vypovídací schopnost než hodnota absolutní.

## **7.2 Druhá část průzkumného šetření**

Ve druhé části šetření byla použita metoda standardizovaného dotazníku (psychometrický test EAT-26). Jednotliví respondenti odpovídali na dvacet šest škálovacích otázek (viz. příloha č. 2). U zrakově postižených respondentů bylo otázkami například zjišťováno:

- strach z nadváhy
- vyhýbaní se jídlu
- přejídání se jídlem
- touha po štíhlosti
- pocit viny po jídle
- přemýšlením o jídle
- stravovací zvyklosti
- pocity prázdného žaludku
- zkoušení nových tučných jídel
- jídlo jako spouštěcí mechanismus pro zvracení

V této části šetření bylo důležité zjistit výsledné skóre respondenta. Bylo osloveno 70 žen a 62 mužů zrakově postižených respondentů ze středních škol pro zrakově

postižené. Výše tohoto skóre může nepříznivě vypovídat o možném riziku vzniku onemocnění jednou z forem poruch příjmu potravy.

#### 7.2.1 Kvantitativní vyhodnocení dat druhé části šetření

Dotazník jídelních postojů (EAT-26) je 26 položkový dotazník zaměřený na identifikaci narušených jídelních postojů a chování (za kritické je považováno skóre 20 a vyšší).

Tabulka č. 14

Skóre		ženy	muži
0-19 bodů	bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy	88,4	99,2
20 a více bodů	zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy	11,6	1,8

Jak je z tabulky patrné, výsledky tohoto testu ukazují, že do kategorie bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy se řadí 88,4 % dotázaných žen a 99,2 % mužů. Do druhé kategorie s převyšujícím kritickým skórem 20 a signifikací zvýšeného rizika vzniku poruch příjmu potravy, se po zodpovězení otázek dostalo 11,6 % žen a 1,8 % mužů. Z výše uvedených hodnot je vidět, že riziko vzniku poruch příjmu potravy se projevuje u zrakově postižených žen o 9,8 % více než u zrakově postižených mužů. Zvýšená procenta rizika u zrakově postižených žen jsou především z důvodu nespokojenosti se svým vzhledem než u zrakově postižených mužů.

## 8 Diskuse

Problematika rizika možnosti vzniku a samotného výskytu poruch příjmu potravy u zrakově postižených osob nebyla v naší odborné literatuře dosud detailněji popsána ani zkoumána. V poslední době se problematikou poruch příjmu potravy či narušenými jídelními postoji na celorepublikové úrovni sice zabývalo několik epidemiologických studií, ale vše byly prováděny u běžné populace nebo ve skupinách, které jsou díky rizikovým zájmům a profesnímu zaměření vystaveny zvýšenému tlaku na nízkou tělesnou hmotnost (např. sportovci, profesionální tanečníci, modelky).

Dalším problémem je neexistence ucelené statistiky prevalence a incidence poruch příjmu potravy u zrakově postižených osob a též jejich jídelních postojů.

Cílem mé práce proto bylo nahlédnout do této problematiky a porovnat již zjištěné údaje z epidemiologických studií, které se prováděly v posledních deseti letech u intaktní adolescentní mládeže učňovských a středních škol v České republice.

První i druhá část průzkumného šetření se opírala o informace, které byli ochotni poskytnout jednotliví zrakově postižení respondenti, osloveni na třech existujících pražských středních školách, kde jediné mohou zrakově postižení žáci studovat a následně složit maturitní zkoušku. Jedná se o tyto školy:

- Konzervatoř Jana Deyla a střední škola pro zrakově postižené
- Gymnázium pro zrakově postižené a Střední odborná škola pro zrakově postižené
- Speciální školy Aloyse Klara

Z první části průzkumného šetření vyplynulo, že ze souboru zrakově postižených žen je zcela bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy více jak polovina dotázaných. Do běžné normy potenciálního rizika se řadí 22,8 % žen. V případě 17,1 % dotázaných se jedná o mírně zvýšenou predispozici k riziku rozvoje poruch příjmu potravy a do kategorie silného rizika vzniku poruch příjmu potravy spadá 5,8 % zrakově postižených žen.

Výsledky souboru respondentů – mužů ukazují, že zcela bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy je většina dotázaných. Do kategorie běžné normy potenciálního rizika patří 4,8 % mužů a stejné procentuelní zastoupení je i ve skupině, kdy se jedná o mírně zvýšenou predispozici k riziku rozvoje poruch příjmu potravy. V poslední kategorii pro silné riziko vzniku poruch příjmu potravy se nenachází jediný dotázaný respondent.

Dále byly zjištěny tyto údaje o jídelních postojích a faktorech, které mohou hrát významnou roli při vzniku poruch příjmu potravy. Jak uvádějí některé zahraniční studie (Killen, 1986), je nespokojenost se svým tělem či hmotností jedním z nejvýznamnějších prediktorů poruch příjmu potravy. Údaje zjištěné u dotazovaného souboru ukazují, že otázky, týkající se spokojenosti a nespokojenosti s vlastním tělem vykazovala i u zrakově postižených respondentů největší procentuelní hodnoty. V případě žen bylo nespokojeno téměř 30 % dotázaných, u mužů byla tato hodnota přibližně 15 %. Na narušené jídelní postoje může poukazovat i další rizikový symptom vyhýbání se jídlu či jeho vynechávání. U pozorovaného souboru bylo zjištěno, že ženy tak činí (vždy, obvykle) přibližně v deseti procentech, u mužů se tento rizikový symptom neprokázal. Stejně tak tomu bylo i v případě výskytu rizikového symptomu přejídání se, kdy ani jeden muž nepotvrdil svojí odpovědí projev tohoto symptomu. Jinak tomu bylo u žen, ty uvedly v 5,7 %, že se neumějí ovládat a přejídají se. Další symptom, který je signifikací pro možnost rozvoje v případě bulimie, je nepřiměřená kontrola příjmu jídla a snižování váhy pomocí zvracení. Toto zneužívání nebylo prokázáno ani u jedné ze skupin zrakově postižených. Jako poslední rizikový symptom uvedu pocit viny po jídle. I tento symptom nevykázal v případě zrakově postižených vysoké hodnoty. Vinno se cítilo 5,7 % žen a ani jeden z dotázaných mužů.

Ze druhé části průzkumného šetření bylo zjištěno, že do kategorie bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy se řadí většina dotázaných žen a mužů. Do druhé kategorie s převyšujícím kritickým skórem 20 a signifikací zvýšeného rizika vzniku poruch příjmu potravy se po zodpovězení otázek dostalo 11,6 % žen a 1,8 % mužů. Zvýšená procenta rizika u zrakově postižených žen jsou především z důvodu nespokojenosti se svým vzhledem než u zrakově postižených mužů.

## **8.1 Ověření hypotéz**

1. Ve své diplomové práci jsem předpokládala, že riziko vzniku poruch příjmu potravy je procentuelně nižší u zrakově postižených osob než u osob intaktních.

Na základě porovnání zjištěných procentuelních hodnot u zrakově postižených respondentů s hodnotami, které prezentuje jeden z posledních výzkumů prováděných u nás, je školní studie - Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů



(Krch, Csémy, Drábková, 2003), a která se zabývá prevalencí rizikových symptomů mezi zdravými českými středoškoláky, kdy bylo osloveno celkem 1501 chlapců a dívek ve věkovém rozmezí od třinácti do šestnácti let, je patrné, že zvýšeného rizika vzniku poruch příjmu potravy překročením kritického skóre v EAT-26 dosáhlo 13,8 % žen a 2,8 % mužů, oproti zrakově postiženým respondentům, kdy se nad kritické skóre dostalo 11,6 % u žen a 1,8 % u mužů. Tím se mi **potvrdila první hypotéza. Proto mohu tvrdit, že riziko vzniku poruch příjmu potravy je procentuelně nižší u zrakově postižených osob než u intaktních (zdravých) lidí ze srovnatelné populace.**

2. Předpokládala jsem, že ženy se zrakovým postižením jsou méně rizikovou skupinou pro vznik poruch příjmu potravy než intaktní ženy stejné věkové skupiny.

Jak již bylo uvedeno v ověřování první hypotézy, která se potvrdila, dosáhly zrakově postižené ženy zvýšeného skóre EAT-26 v 11,6 % oproti intaktním ženám, kde byla hodnota 13,8 %. V jiné ze studií, která byla prováděna mezi studentkami pražské taneční konzervatoře, lze pozorovat v důsledku jejich rizikového profesního zaměření zvýšené hodnoty nad kritickým skóre EAT-26 dokonce u 18,8 % případů dotazovaných. Budeme-li porovnávat nejvýznamnější prediktor poruch příjmu potravy, kterým je nespokojenost se svým tělem, dojdeme k následujícím poznatkům. Signifikantně nejvyšší hodnoty byly vykázané ve studii studentek pražské konzervatoře, kdy nespokojenost s vlastním tělem uvedlo 58,3 % dotázaných. V další studii zaměřené na životní styl české mládeže (Krch, 1997), pro kterou byla získána data od reprezentativního souboru 614 mužů 639 žen učňovských a středních škol z Prahy a Českých Budějovic, uvedlo nespokojenost se svým tělem 57,4 % respondentek. U souboru zrakově postižených žen odpovědělo a nespokojenost vyjádřilo pouhých 28,6 % dotázaných. Tím se **potvrdila i má druhá hypotéza, a já mohu tvrdit, že ženy se zrakovým postižením patří mezi méně rizikovou skupinu pro vznik poruch příjmu potravy.**

3. Předpokládala jsem, že populace zrakově postižených mužů má podobné stravovací návyky a vykazuje i podobné procentuelní hodnoty rizikových symptomů jako populace mužů intaktních.

Na základě výsledků studie (Krch, 1997), kterou uvádím při potvrzování druhé hypotézy, a při které byla shromážděna data od reprezentativního souboru 614 adolescentních mužů, a jejich porovnání s údaji získanými u souboru zrakově postižených mužů, byly zjištěny následující výstupy. V případě nespokojenosti se svým tělem vykazuje intaktní soubor nespokojenost ve 34,3 % případech. U souboru zrakově postižených mužů je tato hodnota pouhých 14,5 %. Přání zhubnout vyjádřilo 8,4 % intaktních mužů a 9,9 % zrakově postižených mužů. Vynechávání jídel nebo vyhýbání se mu uvedlo 16 % intaktních mužů a nulová hodnota byla zjištěna u souboru zrakově postižených. U další studie, která byla první rozsáhlejší populační studií u nás (Krch, Drábková, 1996) a která byla zaměřena na rozšíření poruch příjmu potravy a na narušené jídelní postoje mezi středoškoláky a vysokoškoláky v Praze a Vlašimi, byly zjišťovány údaje od 258 mužů a 723 žen. Z tohoto souboru byla se svým tělem nespokojena jedna třetina mužů a přání zhubnout vyjádřilo 17,8 % respondentů. Další rizikový symptom nekontrolovatelné přejídání a to pravidelné uvedlo 10,7 % intaktních mužů, u souboru zrakově postižených byla tato hodnota nulová. Dle výše porovnávaných údajů lze říci, že některé výsledky obou souborů vykazovaly přibližné procentuelní hodnoty, ale nelze tak tvrdit jednoznačně. **Proto nemohu potvrdit mou třetí hypotézu o podobnosti stravovacích návyků a výskytu rizikových symptomů u intaktní a zrakově postižené populace mužů.**

4. V poslední hypotéze jsem předpokládala, že populace zrakově postižených žen se více zabývá svým vzhledem a tělesnou hmotností než zrakově postižení muži.

Jak vyplývá z praktické části a jejích výsledků, které podrobně uvádím výše v diskuzi, je signifikantně zjevné, že zrakově postižené ženy připisují svému zevnějšku a tělesné hmotnosti větší důležitost (stejně tak jako intaktní populace žen), než muži ze shodné, zrakově postižené skupiny. Tím se **potvrdila má poslední hypotéza, a já mohu**

**tvrdit, že populace zrakově postižených žen se více zabývá svým vzhledem a tělesnou hmotností.**

## **Závěr**

Poruchy příjmu potravy byly v roce 1987 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Jejich rostoucí popularita reflektuje, podobně jako mnoho jiných onemocnění, stav společnosti, její hodnoty a úroveň životního stylu. Poruchy příjmu potravy vypovídají především o světě konzumu, působivé mediální manipulaci, přehnané orientaci na výkon a nekritických nároků, které nerespektují přirozené biologické možnosti člověka. Též odráží „příznivé“ shody různých vlivů a podmínek, v podobě pohodlnosti, nezdravé výživy, znečištěného životního prostředí či měnící se hodnotové orientace, které jsou charakteristické pro současný svět a životní styl. Vypovídají ale také o odlišných perspektivách a standardech mužského a ženského světa. Stačí být ženou a riziko vzniku a rozvoje mentální anorexie nebo bulimie je mnohonásobně vyšší.

Cílem mé práce bylo poodkrýt a získat ucelenější náhled v problematice spojené s poruchami příjmu potravy a jídelních postojů u specifické skupiny, jakou byli zrakově postižení občané. Chtěla jsem lépe porozumět jejich potřebám a pochopit jejich charakteristický pohled na dnešní společnost, její tlaky a nároky a na to, jak rozdílně jsou touto minoritní skupinou vnímány.

Jak ukazují výsledky a informace nashromážděné v této diplomové práci, ani minoritní skupina zrakově postižených není zcela bez možného rizika vzniku poruch příjmu potravy a některé otázky, převážně spojené s tělesným vzhledem či hmotností mohou podobným způsobem, tak jako ženy a muže z běžné populace, trápit i zrakově postižené.

Je sice faktem a dokládají to i vyhodnocené výsledky této práce, že procenta a čísla hovoří ve prospěch zrakově postižené populace, což by mohlo vypadat jako pozitivní ukazatel, podle kterého by bylo možno z hlediska rozvoje poruch příjmu potravy, řadit tuto skupinu mezi méně rizikovou. Na straně druhé, by se ale tímto přístupem mohla tato skupina dostat ze zájmu pozornosti, což by mohlo mít nepříznivé dopady především v oblasti osvěty a prevence poruch příjmu potravy u této skupiny. Je proto potřebné, aby se tento fakt nepodcenil a v potaz nebyly brány nízké hodnoty procent vyšších v testech. Skupina zrakově postižených osob vyžaduje a zasluhuje přinejmenším stejnou

pozornost jako běžná populace. I když k poměru se zdravou populací, která trpí poruchami příjmu potravy je tento výsledek zanedbatelný.

Snahou této diplomové práce bylo zpracovat získané informace tak, aby je mohly využívat různé státní instituce, sociální a odborná pracovišti se zaměřením na zrakově postižené občany.

## Seznam použité literatury

1. BAUDIŠ, P.: *Psychiatrie v číslech*. Praha: PCP, 2006.
2. BIERACH A. J.: *Varovné signály duše*. Praha: Alternativa, 1995.
3. COOPER P. J.: *Mentální Bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995.
4. FRAŇKOVÁ, S.: *Výživa a psychické zdraví*. Praha: ISV, 1996.
5. GARFINKEL, P. E., GARNER, D.M.: *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel, 1982.
6. GORDON, N. A.: *Anorexia and Bulimia: Anatomy of social epidemic*. Cambridge: Basil Blackwell, 1990.
7. GROGAN, S.: *Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000.
8. HAINER, V. a kol.: *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2004.
9. HSU, L. K. G.: *Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 1990.
10. CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L.: *Komplexní psychosociální diagnostika a intervence u chronických chorob*. Liberec: Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, 1997.
11. CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004.
12. JONESOVÁ, E.: *Terapie rodinných systémů*, Hradec Králové: Konfrontace, 1996.
13. KRAUS, H. a kol.: *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada, 1997.
14. KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I.: *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998.
15. KRCH, F. D. a kol.: *Poruchy příjmu potravy (vymezení a terapie)*. Praha: Grada, 1999.
16. KRCH, F. D.: *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2003.
17. KRCH, F. D. a kol.: *Poruchy příjmu potravy (2., aktualizované a doplněné vydání)*, Praha: Grada, 2005.
18. LEIBOLD, G.: *Mentální anorexie – Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995.
19. LUDÍKOVÁ, L.: *Dítě se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001.

20. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R.: *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997.
21. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. WHO – ÚZIS ČR. Praha: Grada, 1999.
22. PAPEŽOVÁ, H.: *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003.
23. PONĚŠICKÝ, J.: *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 1999.
24. PONĚŠICKÝ, J.: *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2002.
25. SELVINI – PALAZZOLI, M.: *Self-Starvation. From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Chaucer, London 1974.
26. SELVINI – PALAZZOLI, M.: *Self-Starvation. From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*. New York, 1978.
27. SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996.
28. VOMASTEK P.: *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška, 2000.

## Seznam použitých elektronických zdrojů informací

1. *V. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy.* Praha: Časopis České a Slovenské psychiatrické společnosti. [cit. 2007-25-03].  
Dostupné z URL: <<http://www.pppinfo.cz/docs/psychs2.pdf>>.
2. „*Kdo je zrakově postižený?*“ Praha: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR. [cit. 2007-26-03].  
Dostupné z URL: <<http://www.sons.cz/kdojezp.php>> .
3. *Konzultace k problematice poruch příjmu potravy.* Praha: Gender Studies. [cit. 2007-24-03].  
Dostupné z URL: <<http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=194555>>.



## **Seznam příloh**

### ***Vysvětlivky***

**Příloha č. 1:** Dotazník – Máte sklony k poruchám příjmu potravy?

**Příloha č. 2:** Dotazník – Test příjmu potravy EAT 26

**Příloha č. 3:** Kvantitativní grafická analýza dat první části šetření

**Příloha č. 4:** Celková kvantitativní grafická analýza dat první části šetření

## **Přílohy**

## TEST PŘÍJMU POTRAVY – EAT 26 (eating attitudes test)

č.	Otázka	vždy	obvykle	často	někdy	zřídka	nikdy
1	Mám strach z nadváhy						
2	Vyhýbám se jídlům přesto, že mám hlad						
3	Velmi se zaobírám jídlem						
4	Neumím se ovládat a přejídám se						
5	Krájím jídlo na malé kousky						
6	Při jídle myslím na kalorický obsah potravin, které právě jím						
7	Vyhýbám se potravinám s vysokým obsahem sacharidů – chléb, rýže, brambory						
8	Mám pocit, že osoby v mém okolí by uvítaly, kdybych jedl/a více						
9	Po jídle zvracím						
10	Velmi toužím být štíhlejší						
11	Při cvičení myslím na to, jak spaluji kalorie						
12	Osoby v mém okolí a mí blízcí si myslí, že jsem příliš hubený/á						
13	Často přemýšlím nad tím kolik zbytečného tuku mám na těle						
14	Sněžení jídla mi trvá déle než ostatním						
15	Po jídle se cítím vinen/vinna						
16	Vyhýbám se sladkým jídlům						
17	Jím nízkokalorické potraviny						
18	Můj život se neustále točí kolem jídla						
19	Jsem pyšný/á na to jak dokážu kontrolovat příjem potravy						
20	Cítím, že okolí mě nutí k jídlu						
21	Strávím velmi mnoho času přemýšlením o jídle						
22	Necítím se dobře, když sním něco sladkého						
23	Velmi se zajímám o jídelní (stravovací) zvyklosti						
24	Mám rád/a pocit prázdného žaludku						
25	Rád/a zkouším nová tučná jídla						
26	Jídlo je pro mě spouštěcím mechanismem pro zvracení						

Do políčka se zvolenou odpovědí udělejte křížek.

věk:

dívka

chlapec

## VYHODNOCENÍ TESTU

Pro všechny otázky kromě č. 25 platí:

**Vždy** = 3

**Obvykle** = 2

**Často** = 1

**Někdy** = 0

**Zřídka** = 0

**Nikdy** = 0

Pro otázku č. 25 platí následující vyhodnocení:

**Vždy** = 0

**Obvykle** = 0

**Často** = 0

**Někdy** = 1

**Zřídka** = 2

**Nikdy** = 3

Pokud výsledek překročí skóre 20 je nutno stav respondenta konzultovat.

## MÁTE SKLONY K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY ?

Otázka č. 1:

Jsem nespokojený/á s tvarem svého těla	ano, stále	
	občas	
	ne, nejsem	

Otázka č. 2:

Přál/a bych si být někým jiným	ano	
	občas	
	ne, nikdy	

Otázka č. 3:

Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibírat	ano	
	jak kdy	
	ne	

Otázka č. 4:

Často myslím na to, kolik vážím	ano	
	jak kdy	
	ne	

Otázka č. 5:

Děsím se myšlenky, že bych měl/a nadváhu	ano, stále	
	někdy	
	ani ne	

Otázka č. 6:

Hodně kontroluji svůj jídelníček	ano, stále	
	někdy	
	ne	

Otázka č. 7:

Někdy mám chuť jídlo vyzvracet	ano, často	
	občas	
	ne	

Otázka č. 8:

Někdy skoro nejím, jindy toho naopak sním hodně	ano, to je pravda	
	nevím o tom	
	spíše ne	

Otázka č. 9:

Dokážu se přejíst, když se nudím	ano	
	nevím	
	ne	

Otázka č. 10:

Ke svému vztahu k sobě bych řekl/a:	ano, nenávidím se	
	nemám se rád/a	
	ne, mám se rád/a	

## VYHODNOCENÍ TESTU

Za každou odpověď ANO v 1.řádku si napište dva body, za odpovědi OBČAS, NĚKDY... ve 2. řádku si přiřete 1 bod. Odpovědi NE v posledním řádku mají hodnotu 0. Body sečtěte.

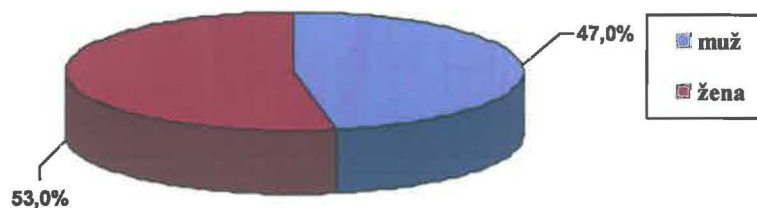
## VÝSLEDKY TESTU:

- 0 – 5 bodů: jste zcela bez rizika rozvoje poruch příjmu potravy
- 6 – 10 bodů: patříte do běžné normy potenciálního rizika
- 11 – 16 bodů: jste vystaveni mírně zvýšenému riziku rozvoje PPP
- 17 – 20 bodů: silné riziko pro vznik PPP

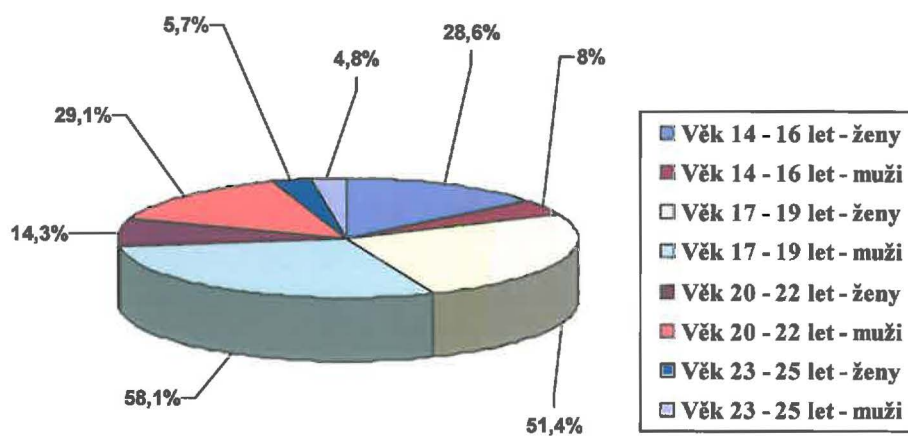
### Kvantitativní grafická analýza dat první části šetření

Pro přehlednost jsou u všech analyzovaných otázek uváděny grafy s procentuálními údaji.

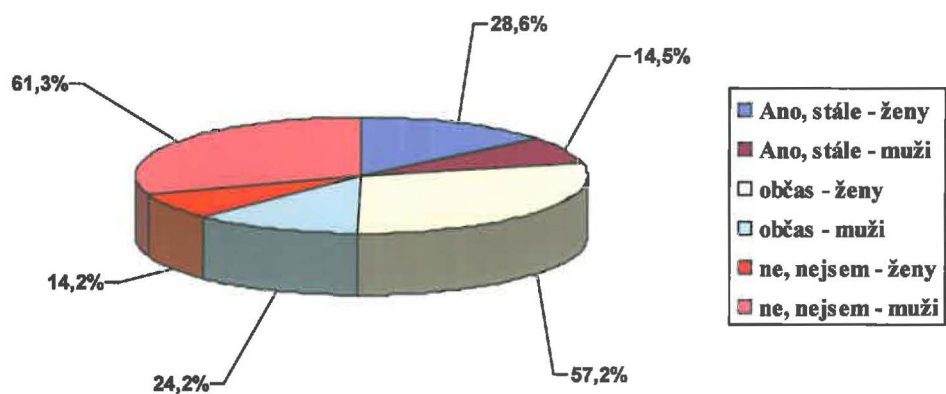
#### Otázka č. 1: Jste ?



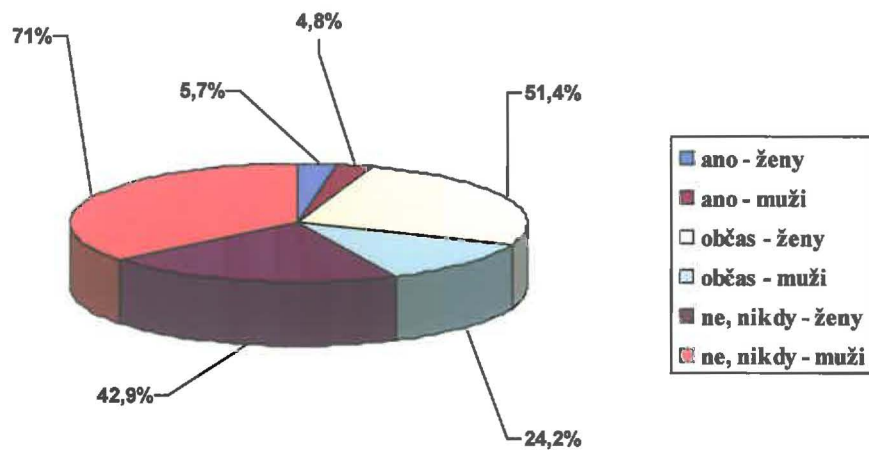
#### Otázka č. 2: Patříte do věkové skupiny:



**Otázka č. 3: Jste nespokojený/á s tvarem svého těla?**

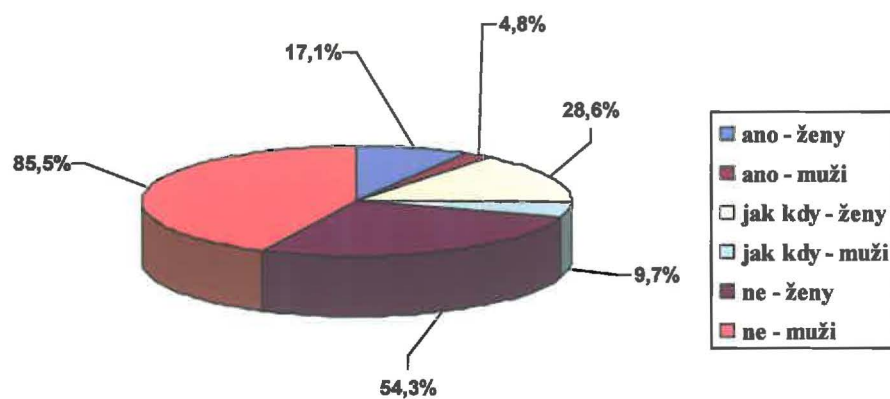


**Otázka č. 4: Přál/a bych si být někým jiným:**

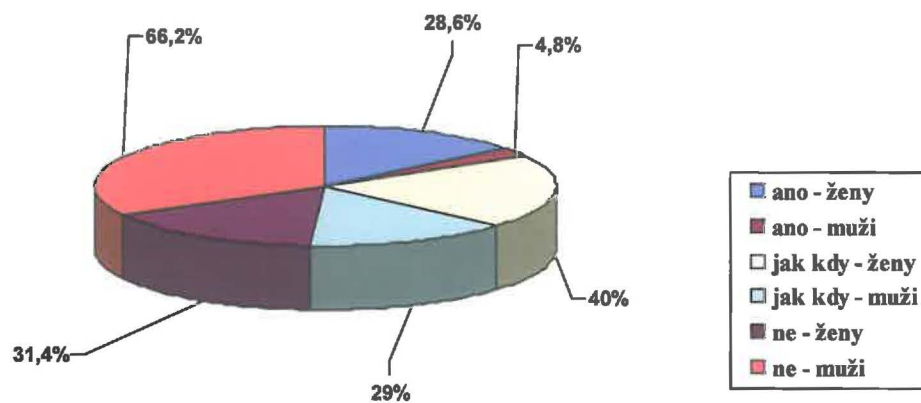




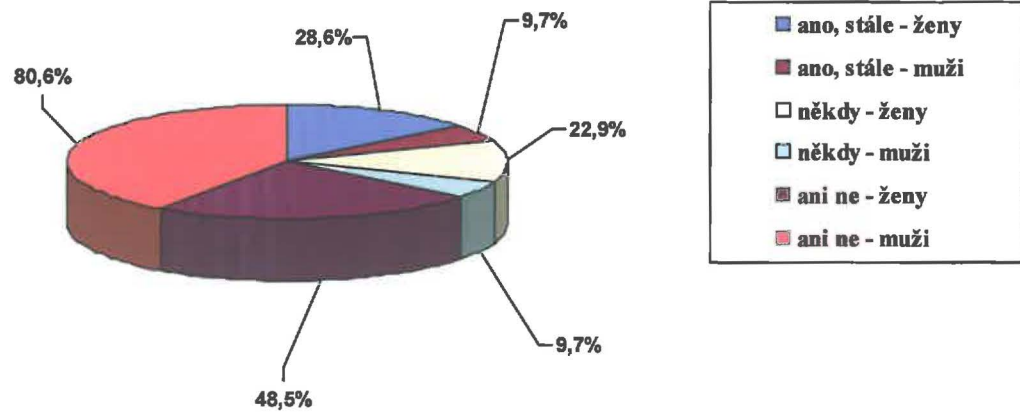
**Otázka č. 5: Když přiberu půl kila na váze, mám strach, že budu stále přibírat:**



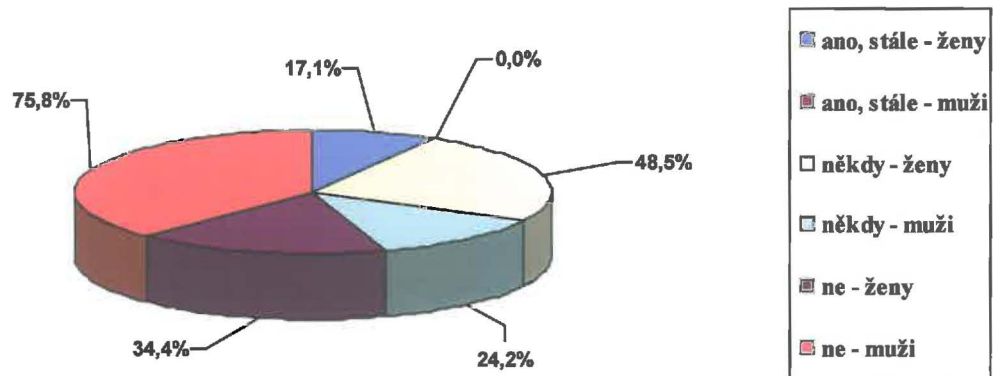
**Otázka č. 6: Často myslím na to, kolik vážím:**



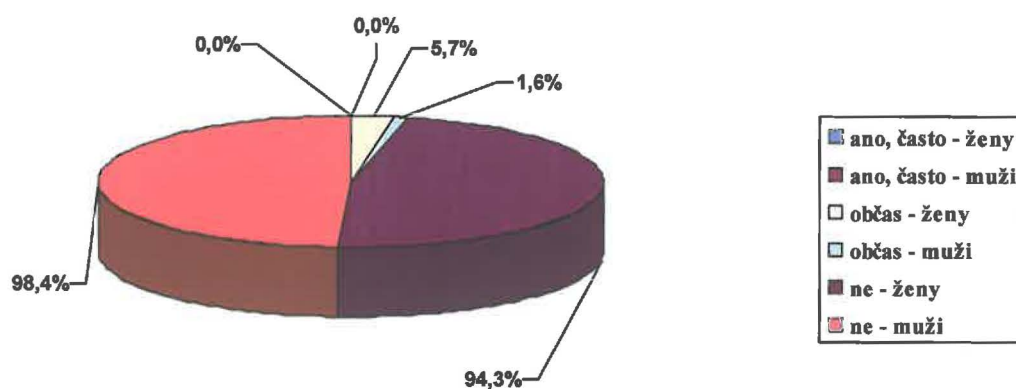
**Otázka č. 7: Děsím se myšlenky, že bych měl/a nadváhu:**



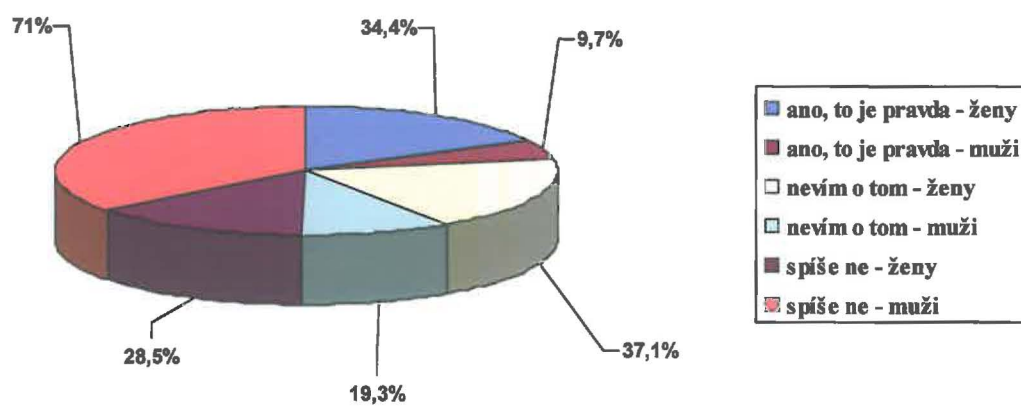
**Otázka č. 8: Hodně kontroluji svůj jídelníček:**



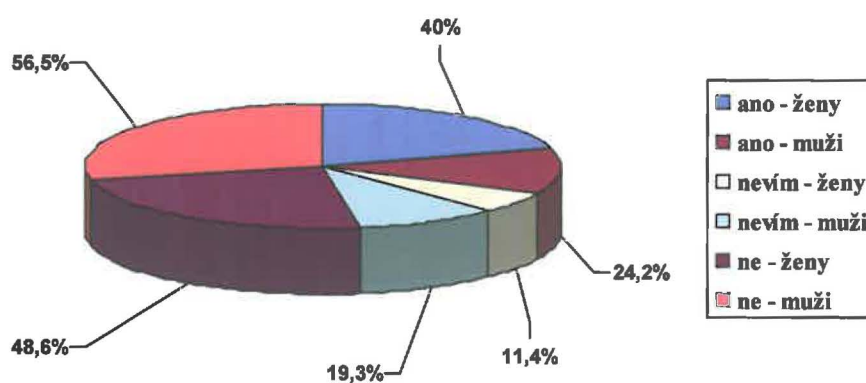
**Otázka č. 9: Někdy mám chuť jídlo vyzvracet:**



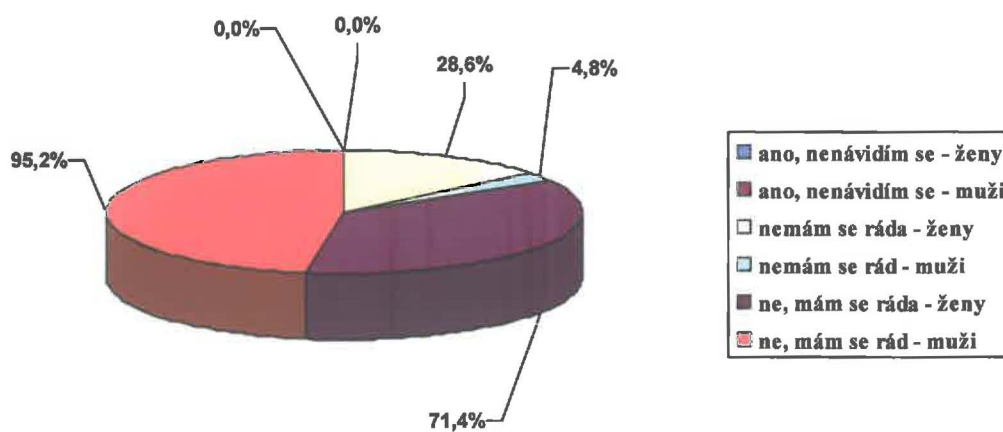
**Otázka č. 10: Někdy skoro nejím, jindy toho naopak sním hodně:**



Otázka č. 11: Dokážu se přejít, když se nudím:



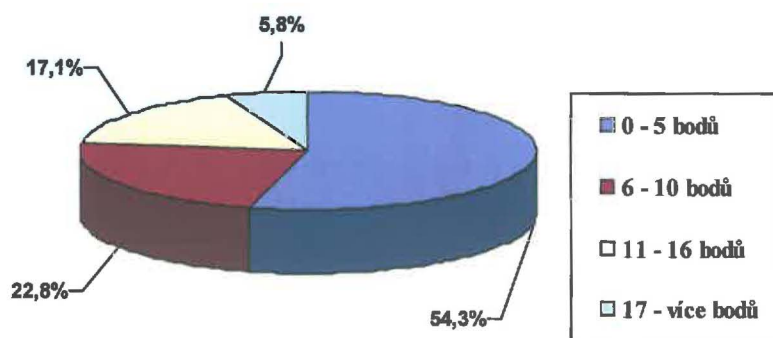
Otázka č. 12: Ke svému vztahu k sobě bych řekl/a:



## Celková kvantitativní grafická analýza dat první části šetření

Pro přehlednost jsou u všech analyzovaných otázek uváděny grafy s procentuálními údaji.

### 1. Celkové vyhodnocení testu „Máte sklony k poruchám příjmu potravy“: ženy



### 2. Celkové vyhodnocení testu „Máte sklony k poruchám příjmu potravy“: muži

